

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1905

N°

34

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 novembre 1905, à 1 heure

PAR

Maurice CAMUS

Interne des hôpitaux

LES HÉMATOMES INTRASPLÉNIQUES ET PÉRISPLÉNIQUES

CONSÉCUTIFS AUX

Contusions et ruptures traumatiques de la Rate

Président : M. LE DENTU, Professeur.

*Juges : MM. { CORNIL, Professeur.
BERGER, Professeur.
VAQUEZ, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM
Clinique médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER
	BERGER.
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires	PINARD.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des
BRINDEAU	GOUGET.	MAILLARD.	Travaux anatomiques.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Mes chers parents, je vous dédie ce travail, en témoignage de ma vive affection et de ma grande reconnaissance.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de médecine.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Officier de la Légion d'Honneur.

A TOUS NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Médecine.

MESSIEURS MERKLEN, COMBY, RÉNON,
BEZANÇON

Chirurgie.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS
MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE
MESSIEURS BEURNIER, REYNIER, J.-L. FAURE
RICHELOT, ROUTIER, ROCHARD,
MORESTIN (1), VILLEMIN, MARION

Accouchements.

MONSIEUR CHAMPETIER DE RIBES (2)
MONSIEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

A LA MÉMOIRE DE NOS MAÎTRES REGRETTÉS

Médecine.

RENDU ET A. GOMBAULT

(1) Nous remercions bien vivement M. le docteur MORESTIN, qui nous a donné l'idée première de ce travail.

(2) Nous remercions également Mlle GRAILLOT, sage-femme en chef de la maternité de l'Hôtel-Dieu (annexe), dont le concours nous a été si précieux pendant notre séjour dans le service de notre excellent maître, M. Champetier de Ribes.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Historique.

La question des traumatismes de la rate est à l'ordre du jour. Depuis un certain nombre d'années, elle revient fréquemment dans les discussions du Congrès et de la Société de chirurgie, où elle a été l'objet de rapports intéressants et très documentés. A intervalles réguliers, des travaux originaux apparaissent en France et à l'étranger, qui envisagent le sujet à un point de vue général et particulier. Ces nombreuses contributions à l'étude d'un des points les plus intéressants de la pathologie chirurgicale de la rate, montre qu'il est encore entouré de grandes obscurités. Les lésions occasionnées par les traumatismes de l'abdomen n'ont été longtemps connues que par les résultats des nécropsies; aussi conceit-on qu'elles étaient toujours ignorées, lorsqu'elles étaient susceptibles de guérison. Les progrès de la chirurgie contemporaine, permettant des audaces inconnues jusqu'alors, ont donné tout loisir d'étudier plus complètement les lésions mortelles ou non, que déterminent sur la rate les contusions abdominales. Ces constatations opératoires, corroborées par une observation

clinique plus attentive, ont établi de nos jours un groupe de faits nouveaux, ignorés auparavant ou mal interprétés. En tous les cas, les notions récentes sont capables de modifier le pronostic des ruptures de la rate.

Ce qui a d'abord attiré l'attention au cours des ruptures spléniques, c'est l'abondance de l'hémorrhagie, presque toujours rapidement mortelle. De fait, dans la plupart des cas, les signes d'une anémie suraigue apparaissaient peu d'heures après la rupture, et emportait le malade. Alors l'examen nécropsique montrait presque toujours une cavité péritonéale distendue par une véritable inondation sanguine.

L'hémorrhagie constituait tout le danger, et c'est par elle que survenait presque toujours l'issue fatale. Les 59 premières observations de rupture splénique, rapportées par Vigla, Collin et Besnier, se terminent invariablement par la mort. Dans le mémoire de Vincent, nous voyons l'issue fatale survenir 76 fois par hémorrhagie, contre 13 fois par une autre cause. Cependant « une hémorrhagie abondante n'est pas nécessairement la conséquence d'une telle lésion, dit Langenbeck (1830), car chez un blessé, que j'ai eu à soigner récemment, qui avait une déchirure de la rate avec d'autres lésions et qui vécut pendant plusieurs heures, il n'y avait pas plus de deux onces de sang dans l'abdomen. Dans un autre cas, je trouvai une cicatrice linéaire sur la face convexe de la rate, semblant indiquer la position d'une plaie ancienne ; le malade avait succombé à un traumatisme plus récent. » Vigla et surtout Collin observèrent aussi ces hémorrhagies minimales à la suite des ruptures de la rate. Ce dernier auteur relate l'observation d'un paludéen, qui mourut au onzième jour d'une fièvre rémittente ictéroïde, et dont la rate présentait une déchirure capsulaire

en voie de cicatrisation ; il n'y avait aucune hémorrhagie dans le péritoine. Ailleurs, l'épanchement sanguin était peu abondant, incapable de donner la mort, malgré les déchirures multiples de la rate, et le sujet mourut assez tardivement avec des signes de cachexie, qui le firent considérer comme phthisique. Il apparaît dès lors établi que la mort n'est pas toujours immédiate après la rupture, et qu'une hémorrhagie fatale n'est pas la conséquence inévitable de cette dernière.

Au reste, il existe, dans la science, un certain nombre de cas, douteux ou vérifiés, de guérison des ruptures de la rate. Ils sont fort peu nombreux et relatés dans les mémoires de Sieur, E. Vincent (1893), dans celui plus récent de Lenwerenz (1900).

Otis raconte qu'il existe à Guy's Museum une pièce où la cicatrice d'une déchirure traumatique de la rate est visible.

En 1890, d'Arcy Power présente à la Société pathologique de Londres une rupture cicatrisée de la rate, provenant d'une femme de 42 ans, morte des suites d'une chute de dix pieds. La rupture était étendue, et cependant il n'y avait dans le péritoine qu'une hémorrhagie insignifiante.

Trois cas de guérison, l'un de Gunther, l'autre de Kernig et un troisième de Koloman-Muller sont cités par Du-play.

A l'autopsie d'un individu mort trois semaines après un accident, M. Descouts trouve trois ruptures spléniques, dont l'une est presque entièrement cicatrisée. Deux déchirures de la rate, l'une traumatique, l'autre opératoire, constatées par Vincent, se terminent par guérison. Plus récemment, Oscar Heuggeler a publié l'autopsie d'une rupture de la rate en voie de guérison. Le malade avait suc-

combé à un cancer du foie quinze jours après un accident et, à l'autopsie, la déchirure splénique apparut fermée par un thrombus. Enfin les cas de Junginckel, Hyde, Salter, Silberstein, Roses, Grotanelli, Wüstefeld, Weinhold, Stromeyer, Stendel, complètent la liste des guérisons spontanées des ruptures de la rate, à laquelle au Congrès de chirurgie de 1901, Moty vient ajouter deux observations nouvelles.

Il paraît dès lors avéré, que la rupture de la rate peut donner lieu, en certains cas, à une hémorrhagie minime, susceptible de se résorber : d'où possibilité de guérison définitive.

Beaucoup d'auteurs se sont demandés comment se comportait le péritoine en présence du sang épanché, lorsque la mort ne survient pas brusquement du fait de l'hémorrhagie.

L'absence de réaction péritonéale avait frappé Vigla, à qui nous devons un des premiers grands travaux d'ensemble sur les ruptures de la rate (1844). « Dans aucun des faits, dit-il, le péritoine ne s'est enflammé. Cela s'explique, quand la mort a été instantanée ; mais dans le cas où la vie s'est prolongée au-delà de vingt-quatre heures, il est curieux de constater l'innocuité de la présence du sang à la surface d'une séreuse, sous le rapport de l'inflammation. » Pour cet auteur, l'épanchement de sang, même peu considérable, n'entraîne pas de péritonite grave ; il se résorbe quelquefois et la guérison est possible.

Une telle assertion est en contradiction avec les lois générales de la pathologie, et Collin, dont le remarquable mémoire parut environ dix ans plus tard, cite plusieurs relations d'autopsie, où l'on voit les déchirures spléniques s'accompagner des lésions de la « péritonite hémorrhagi-

que ». En réalité, le péritoine ne saurait, sans réagir, tolérer la présence d'un corps étranger, celui-ci fût-il liquide comme le sang.

Du reste, l'épanchement ne saurait persister longtemps au voisinage d'une rate le plus souvent enflammée, sans déterminer des phénomènes d'irritation sur les tissus voisins.

Besnier, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique* (1874), se range à l'avis de Collin :

« Quant à admettre, écrit-il, que dans les ruptures de la rate, l'épanchement sanguin puisse persister assez longtemps dans la cavité du péritoine, sans donner lieu à aucun travail phlegmasique de la séreuse, c'est là une supposition qui est sans fondement positif, et qui certainement ne peut être réalisée qu'à l'état d'exception. Dans la plupart des faits de ce genre, il y a erreur d'interprétation provenant de l'incertitude qui règne sur le moment où s'est fait l'épanchement sanguin et de la confusion qui s'établit entre le début des accidents spléniques et la formation de l'épanchement.

Ainsi Besnier admet en principe — fait capital pour nous — que le début des accidents ne correspond pas toujours à la rupture et que, dans certains cas, l'hémorrhagie est retardée « *ultime*. »

L'apparition tardive des signes de l'hémorrhagie interne fut notée pour la première fois dans l'observation de Chaumel, interne des hôpitaux, laquelle fut l'occasion d'un magnifique rapport de Meunier, à la Société d'anatomie (1863). Cet auteur s'étonnait de la marche insidieuse et de la longue durée des accidents, qui étaient relatés par Chaumel. « Dans les observations, que nous avons recueillies, disait-il, la mort a été immédiate, ou elle a suivi l'ac-

cident de quelques heures au plus ; notre fait s'écarte donc de la règle ordinaire, et il n'est pas facile d'expliquer pourquoi et comment ici la mort a été aussi tardive. » Et malgré tout, Meunier recherche la cause des accidents ultérieurs. Il se demande, si l'hémorrhagie, arrêtée momentanément par un caillot, n'est pas réparée brusquement dans la suite, ou bien si la rupture de la capsule splénique n'a pas suivi à douze jours de distance le broiement du parenchyme, occasionné par le traumatisme. Ainsi Meunier arrive à cette conclusion, que la capsule peut résister plus longtemps que la trame glandulaire, et que la rupture vraie capsulaire de l'organe peut être la conséquence tardive du traumatisme.

Cette simple vue de l'esprit est confirmée par une constatation nécropsique, faite 25 ans plus tard par Barrallier (1888). Cet auteur peut observer dans toute sa netteté l'hémorrhagie sous-scapulaire avec intégrité de l'enveloppe fibreuse de la rate. Depuis lors, les faits se sont multipliés ; d'une part, le décollement de la capsule, précédant ou accompagnant sa rupture, est constaté par Bell, de Hong-Kong, Ludwig Mayer, Th. Cohn, Demoulin. D'autre part, l'apparition tardive de l'hémorrhagie, qui résulte de la division glandulaire, attire d'avantage l'attention des auteurs. Dans les observations de Cohn, Demoulin, Pitts et Balance, Veron, Mauclair, Auvray, ce n'est que de la vingtième à la vingt-quatrième heure après le traumatisme, ou beaucoup plus tardivement encore, que les signes d'hémorrhagie interne se montrent avec assez d'intensité, pour que le chirurgien se décide à intervenir ; et, dans tous ces cas, le retard apporté à l'hémorrhagie paraît être la conséquence d'une résistance momentanée de la capsule.

L'étude de l'histoire des ruptures spléniques nous apporte les notions suivantes, que nous résumons :

1^o Dans la plupart des cas, l'hémorrhagie est profuse et rapidement mortelle ;

2^o Ailleurs, quand l'hémorrhagie intra-péritonéale est peu abondante, et tant que la capsule offre une barrière efficace à l'hémorrhagie, aucun accident grave ne se montre. Puis la guérison survient définitive, à moins que l'hémorrhagie tardive ne paraisse et emporte rapidement le malade, si l'on n'a soin d'intervenir d'urgence. C'est qu'à la suite de la rupture de la rate, il existe toujours, même en l'absence de symptômes évidents, des lésions anatomiques tantôt minimales, parfois plus profondes, qui par leur présence créent un danger immédiat ou lointain. Ces lésions sont constituées par un épanchement sanguin, qui s'est formé au voisinage du point déchiré, et qui est limité ou circonscrit par la capsule de la glande ou par une péritonite localisée ; nous avons nommé : *les hématomes de la rate, sous-capsulaires et périspléniques*.

L'hématome est la conséquence naturelle des ruptures de la rate, qui ne s'accompagnent pas immédiatement d'une hémorrhagie mortelle. Un tel processus n'est point spécial à la pathologie de la rate, car nous voyons des épanchements sanguins circonscrits succéder aux contusions et aux ruptures des organes glandulaires abdominaux, tels que le foie et les reins. M. Lecerf rapporte un cas d'hématome consécutif à une rupture sous-glissonnienne du foie. (*Union méd.*, 1881). Dix-huit jours après avoir été écrasé par une roue de charrette, un homme de 30 ans présente une augmentation de la matité hépatique et de la fluctuation. Au bout de vingt jours, on ponctionne puis on incise.

Il sort près de 4 litres de liquide contenant de l'albumine et du sang.

Ce cas peut être rapproché de celui observé par G. de la Motte ; un adulte, en tombant dans un escalier, se contusionne violemment le côté droit, et ressent immédiatement une vive douleur. Vingt jours après, il présentait les signes d'un hématome contenant un demi-litre de sang, qui avait suivi la transformation purulente.

D'autre part, nous voyons certaines déchirures et ruptures sous-cutanées des reins aboutir à l'hématonéphrose et à l'hématome périnéphrétique. Le sang se collecte sous l'enveloppe fibreuse du rein, ou dans l'intérieur de la capsule adipeuse, comme dans la très intéressante observation de Reeves. Quelquefois même, la collection sanguine siège en dehors de cette dernière.

Au total, les processus, qui accompagnent les ruptures traumatiques de la rate, ne diffèrent point de ceux que l'on observe au cours des ruptures spontanées de la trompe gravidе. Ici comme là, on assiste à une véritable inondation péritonéale, lorsque la déchirure est grande, et que l'hémorragie coule abondamment dans une séreuse libre de toute adhérence. L'hématosalpinx peut aboutir aux mêmes conséquences que les ruptures sous-capsulaires de la rate. Enfin, l'hématocèle périutérine et l'hématocèle périsplénique se produisent par le même mécanisme, qui est la rupture, ont la même allure clinique, la même évolution anatomique, qui aboutit à la résorption, l'accroissement progressif, la suppuration ou l'enkystement. Dans les deux cas, la cause seule diffère, le traumatisme produit dans la rate, ce qui dans la trompe gravidе s'opère spontanément.

Qu'ils soient consécutifs à une rupture de la rate, du

rein, du foie ou de la trompe gravidé, les hématomés sont l'origine des accidents proches ou éloignés, qui accompagnent les ruptures de ces organes. Résultant d'une hémostase spontanée provisoire, ils contribuent à modérer les symptômes anémiques du début et à retarder l'éclosion des premiers accidents. Mais, d'autre part, ils exposent le malade à une série de dangers, qui résultent de leur évolution, et peuvent survenir dans un avenir plus ou moins proche.

Il paraît évident, que les hématomés de la région splénique sont le point de départ des accidents proches ou éloignés, secondaires ou tardifs qui accompagnent les ruptures de la rate. Les suppurations de la loge splénique, que l'on voit survenir à la suite des traumatismes de l'hypochondre gauche, ne sont probablement que des hématomés infectés. Enfin M. Terrier, et plus récemment M. Lejars, ont attiré l'attention sur l'origine traumatique de certains kystes de la rate; cette notion a jeté une grande lumière sur la pathogénie si obscure et longtemps insoupçonnée des tumeurs liquides de cet organe.

Depuis les premières observations d'Andral (1829), Livois (1838), Leudet et jusqu'en 1892, l'origine traumatique des kystes de la rate n'est point recherchée, et les observations de Rousset (1863), Péan et Magdelain (1867), Marciano (1874), Quintard (1879), Spencer Wells (1888), Bardenheuer (1890), n'en font pas mention. Créde semble le premier, avoir nettement rattaché à une contusion de la rate, le kyste séro-sanguin, pour lequel il pratiqua la splénectomie.

Au Congrès pour l'avancement des sciences, tenu à Marseille en 1891, Verneuil rapporta quatre cas de kystes, à liquide hématique de la région de l'hypochondre gauche, paraissant avoir des rapports intimes avec la rate.

Aucune vérification anatomique, du reste, ne fut faite ni par la nécropsie ni par une intervention, et l'auteur ne sembla faire mention d'aucun traumatisme. C'est l'année suivante, en 1892, que le professeur Terrier devait insister plus particulièrement sur l'origine traumatique des kystes sanguins de la rate ; et, dès lors, de plus attentives recherches permettent de retrouver dans une attrition mécanique de la glande, le point de départ de la production morbide. Schalite, Moreschi et Ghetti, Heurtaux, Subbotic, Baccelli, Wicklein, presque tous les auteurs qui ont à observer les kystes hématiques de la rate, sont à même de retrouver un choc ou un effort violent, ayant été l'origine des phénomènes douloureux, qui, dans l'hypochondre gauche, ont précédé la tuméfaction.

Et quand la question de la chirurgie de la rate fut soumise au XIV^e Congrès de chirurgie, M. Lejars put apporter une nouvelle observation, qui confirmait encore la nature traumatique des kystes sanguins de la région splénique.

Enfin, depuis quatre ou cinq années, la science s'est enrichie de quelques documents intéressants. Coville (1902), Chavier (1902) ont publié des observations qui permettent de saisir le mode de production et de terminaison des kystes de la rate ; au Congrès de chirurgie de 1904, M. Brunswic-le-Bihan apporta une importante contribution à l'étude des « kystes métaclastiques », tandis que notre maître, M. Morestin, publiait une remarquable observation d'hématocèle périsplénique, consécutive au traumatisme, qui fut le point de départ de notre travail.

A l'heure actuelle, on peut dire que ces kystes « métraumatiques » ont une physionomie propre. Ils constituent un groupe intéressant, dans lesquels il est possible de dé-

mêler une pathogénie commune, des variétés de filiation reconnaissables, et une évolution clinique analogue (Lejars). L'origine de ces tumeurs est une rupture traumatique de la rate, et dans la chaîne des processus qui réunit le kyste au traumatisme, c'est l'hématome que nous retrouvons.

Ces hématomes intraspléniques et péricapsulaires n'ont été, jusqu'à ce jour, l'objet d'aucun travail d'ensemble. Il nous a paru intéressant d'étudier leur histoire anatomique et clinique, et de rassembler les observations, qui se rapportent à ce sujet. Sans doute bien des points demeurent encore obscurs : nous espérons que de nouvelles observations compléteront la lumière. Qu'il nous suffise pour l'instant d'avoir attiré une fois de plus l'attention sur l'enchaînement des processus, qui relie au traumatisme les *accidents secondaires et tardifs des ruptures de la rate*.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE.

Les hématomes de la région splénique, dont l'histoire est si récente, ont une étiologie encore fort obscure. Nous chercherons à étudier le mécanisme de leur formation, après avoir passé en revue les influences, sous lesquelles ils se développent.

I. — PRÉDISPOSITIONS GÉNÉRALES

1^o FRÉQUENCE. — Les hématomes intraspléniques ou pérисpléniques ont été rarement observés, d'abord parce qu'ils constituent une lésion rare en elle-même, ensuite parce que, longtemps insoupçonnés, ils n'ont pas été systématiquement recherchés. Reconnus au cours des autopsies, ils ont été passés sous silence; ou bien les auteurs n'y ont attaché qu'une importance médiocre, témoin cette observation de Louis, qui mentionne sans plus de détails une poche contenant au moins 60 grammes de liquide noirâtre et entourant la moitié inférieure de la rate. Néanmoins l'hématome intrasplénique doit être plus fréquent qu'on ne l'imagine. Parmi les cas de contusions simples de la rate, guéris spontanément, il est probablement un certain nom-

bre d'hématomes intraspléniques qui furent méconnus, parce qu'ils n'ont occasionné qu'une perturbation minime, incompatible avec l'idée d'une hémorrhagie viscérale, même peu abondante. L'hypertrophie douloureuse et fébrile de la rate, qui pour Verneuil et son élève Mathon, traduisait « la splénite traumatique », a pu dans certains cas être l'expression d'une hémorrhagie intraglandulaire consécutive au traumatisme. D'autres fois, l'hémorrhagie sous-capsulaire, qui était le premier phénomène précédant la rupture grave de la rate est passée inaperçue au cours des nécropsies ou des interventions, car les auteurs n'ont su discerner ses caractères propres au milieu de l'étendue des lésions.

2^e SEXE. AGE. — Les deux sexes sont atteints ; les hommes, plus exposés aux traumatismes, fournissent le plus grand nombre d'observations. C'est l'âge moyen de la vie qui est le plus intéressé : cependant il n'est pas exceptionnel d'observer des hémorrhagies de la rate chez les enfants ou les adolescents (Pitts et Ballance, Karewski) ainsi que chez les vieillards (Conway).

3^e MILIEU. PROFESSIONS. — C'est dans les pays chauds, où règne la malaria, que s'observent surtout les hématomes de la rate. Ils ont été étudiés principalement par nos médecins coloniaux en Algérie, en Tunisie, et par l'école italienne. M. Brunswic-le-Bihan a constaté la grande fréquence chez les Arabes des « kystes métaclastiques » de la rate à la suite du plus léger choc. Dans nos contrées, les terrassiers, les ouvriers travaillant sous la terre, dans les endroits humides et obscurs (Livois), semblent avoir acquis de par leur profession une prédisposition spéciale.

4^e MALADIES ANTÉRIEURES. — Les modifications apportées à l'organisme, à la constitution générale du sang, à la structure de la rate par des affections antérieures, jouent un rôle indiscutable dans la production des hématomes spléniques. Ces prédispositions générales font exceptionnellement défaut dans le passé de nos malades : tantôt c'est une diathèse, lymphatisme ou arthritisme, qui entre en jeu, mais c'est aux infections de toute nature et aux intoxications qu'il faut réserver la part la plus large. La malade de MM. Lejars et Ménétrier avait eu des accidents puerpéraux. Il en était de même de l'opérée de M. Terrier, qui en outre se trouvait très anémiée par deux infections successives : les oreillons et la diphtérie. C'est au cours du purpura que Vedrenne vit survenir une hémorrhagie splénique et Marciano avait noté une forte crise rhumatismale dans le passé de son malade, qui était paludique. Le paludisme se trouvait encore joint à l'alcoolisme dans un cas de Barrallier ; mais, dans la grande majorité des observations, il est l'unique facteur retrouvé dans le passé morbide des malades. Presque toujours, il n'est point question d'une malaria naissante, mais d'accidents anciens ayant le plus souvent amené une cachexie ou une anémie profondes et un état de déchéance assez avancé.

Cette prédisposition morbide aux hémorrhagies de la rate n'a rien qui doive nous étonner. Organe à la fois lymphatique et sanguin, la rate ressent immédiatement l'influence de l'envahissement de l'organisme par les bactéries et leurs toxines ; aussi se trouve-t-elle modifiée par la plupart des infections. C'est en créant une tare locale qu'agit la prédisposition morbide.

II. — CAUSES LOCALES

1^o L'ALTÉRATION PRÉALABLE DE LA RATE. — Lorsqu'elle est saine, la rate dissimulée sous la coupole diaphragmatique ne se rompt guère en dehors des traumatismes extrêmes accompagnés de fractures de côtes et de lésions viscérales multiples. Dans ces cas, les désordres sont profonds et l'hémorrhagie, qui s'en suit, est profuse et rapidement mortelle. Il faut, pour que l'épanchement sanguin se collecte, que les lésions soient beaucoup moins avancées, produites par une cause beaucoup moins intense; et ce fait ne se rencontre que parmi les rates pathologiques, qui seules peuvent saigner sous une influence minime.

La rate hypertrophiée se trouve davantage exposée, et subit l'action de chocs extérieurs minimes, dont les côtes la protégeaient avant son augmentation de volume. Des adhérences lui ont enlevé sa mobilité; elle ne saurait fuir devant le coup ni obéir aux sollicitations des ligaments, qui exercent sur elle des tractions parfois brusques. Enfin la modification de sa consistance et l'altération de sa structure expliquent la bénignité relative des hémorrhagies qui accompagnent sa fréquente rupture. A la suite des maladies infectieuses aiguës, la rate qui, au début, était hypertrophiée, congestive, un peu diffluyente, devient le siège de périsplénite et d'une splénite interstitielle, qui épaisit les travées, tandis que le parenchyme conserve une grande friabilité. Mais c'est au cours du paludisme que les altérations de la rate sont intéressantes à connaître. Dans les accès pernicioeux récents, elle est hypertrophiée,

friable, gorgée de sang ; sa capsule amincie se déchire facilement. Aussi sa rupture produit-elle une hémorrhagie presque foudroyante. D'un volume plus considérable encore, la rate revêt, au cours du paludisme chronique, des caractères tout différents. — L'induration et la sclérose de l'organe sont alors les altérations dominantes du parenchyme et de la capsule. La pulpe splénique subit l'influence d'un double processus d'inflammation chronique et de congestion ; à côté des parties dures, où les vaisseaux sont étranglés, il y a des parties molles presque fluides, d'une friabilité extrême, prêtes à se rompre et à devenir la source d'une hémorrhagie intra-parenchymateuse, dont l'abondance ne saurait être limitée que par la résistance de la capsule. Celle-ci, à son tour, paraît épaissie, résistante ; mais la sclérose n'a pas également frappé toute son étendue et les inégalités d'épaisseur diminuent sa solidité. Elle est unie aux tissus environnants par de fortes adhérences, qui limitent autour de la rate un foyer péritonéal circonscrit.

Aussi c'est au cours du paludisme chronique, que la rate a la plus grande tendance à se rompre et à donner lieu à des hémorrhagies localisées. D'une façon générale, toutes les affections qui s'accompagnent de ramollissement plus ou moins étendu de la rate avec hypertrophie de l'organe et péricapsulite adhésive, peuvent donner lieu à des hématomes. Il en est ainsi des néoplasmes, des infarctus et des abcès. Dans ces cas, l'hémorrhagie n'est qu'un épiphénomène et ne saurait constituer une lésion individualisée, capable d'éveiller l'attention du clinicien.

2° LE RÔLE DU TRAUMATISME. — Il est de toute évidence, que le traumatisme joue un rôle important dans la pro-

duction des hématomes de la région splénique. Du reste, les hémorragies circonscrites de la rate étant la conséquence de ruptures ou de déchirures sous-capsulaires de l'organe, nous entrons dans la question déjà fort discutée de la possibilité des ruptures spontanées de la rate. Parmi les observations, que nous avons recueillies, où les antécédents du malade semblent avoir été recherchés avec soin, il en est un grand nombre où le traumatisme paraît avoir joué un rôle indiscutable. Le plus souvent, c'est un choc direct sur l'hypochondre gauche, qui engendre les lésions spléniques. Le malade de Chavier reçut un coup de pied de mulet ; celui de Demoulin un coup de pied de cheval ; la fillette de Karewski avait été violemment pressée contre un mur par un véhicule ; c'est un coup de truelle porté sur le côté gauche qui, chez le jeune maçon de Th. Cohn, entraîna, au bout de sept jours, les accidents graves qui nécessitèrent la splénectomie. La jeune femme, que M. Terrier opéra d'un hématome enkysté de la rate, se plaignait d'avoir reçu sur la partie latérale gauche de l'abdomen un jet de douche assez violent, qui avait été le signal de symptômes douloureux ; les malades de MM. Lejars, Vincent, Barrallier, avaient fait une chute sur le côté gauche. Bref, profonde ou légère, la contusion de l'hypochondre gauche semble avoir été le point de départ des lésions dans les cas rapportés par MM. Morestin, Crédé, Sirleo et nombre d'autres auteurs. Ailleurs, le choc n'a pas intéressé directement la région splénique et n'a vraisemblablement agi que par répercussion sur la rate. Ces ruptures de cause indirecte sont bien connues de nos jours. L'opérée de Coville était, en glissant, tombée sur la fesse droite, sans que le dos ait porté, et néanmoins présentait une assez grande solution de continuité de la rate, accompagnée

d'un volumineux épanchement. La rupture fut-elle, dans ce cas, occasionnée par le choc à distance, ou par l'effort que cette femme fit en tombant pour se retenir ? Les deux hypothèses sont possibles, car il est certain qu'il existe des ruptures par effort. Les violentes contractions abdominales de l'accouchement ont joué un rôle évident dans la production de l'hémorrhagie splénique chez les malades de Schalite, de Wicklein et de Léonte. E. Collin et après lui Besnier ont étudié le mécanisme des *traumatismes internes*, capables de passer inaperçus. Un accès de toux intense, un acte de vomissement suffisent dans bien des cas à rompre une rate altérée. E. Collin a justement insisté sur la traction, qu'exercent les organes voisins mobiles sur une rate enflammée et friable, à laquelle ils sont anormalement unis ; dans cet ordre d'idées, l'action du diaphragme, qui est le muscle de l'effort, exerce une action des plus nocives.

Ainsi le traumatisme, externe ou interne, serait le point de départ de toute hémorrhagie splénique. Cependant nous trouvons un certain nombre d'observations, des plus complètes et des mieux prises, où il n'est pas signalé dans les antécédents du malade. A ce point de vue, il convient de formuler les deux restrictions suivantes :

1^o Certains chocs directs, suffisants pour amener une attrition plus ou moins grande du parenchyme de la rate, sont très légers et passent inaperçus. Il en est de même des efforts, qui occasionnent les traumatismes internes.

2^o Les hématomes spléniques, n'ayant souvent au début aucune traduction clinique, ne donnent lieu qu'à des accidents secondaires et tardifs, qui surviennent alors que le malade a perdu le souvenir d'un traumatisme, auquel il n'a la plupart du temps attaché aucune importance.

Certes, il s'en souvient, lorsqu'apparaît la tuméfaction de l'hypochondre gauche, si le coup a intéressé cette région et a été suivi assez longtemps de phénomènes douloureux ! Néanmoins, les malades, qui ont une tendance instinctive à rapporter un traumatisme un grand nombre de leurs affections, se refusent généralement à admettre que l'effet puisse suivre la cause à très longue échéance. C'est précisément ce qui arrive pour les hématomes enkystés de la rate, remarquables par leur évolution lente et leur latence prolongée (3 ans Lejars, 8 ans Heurtaux). Alors, quand apparaissent brusquement les symptômes alarmants, on hésite à en rechercher l'origine dans un passé, parfois très lointain. Mais, dans ce cas, c'est au médecin, qui cherche à établir un diagnostic toujours difficile, à interroger très complètement son malade ; il doit rechercher systématiquement le traumatisme. Du reste, c'est ce qui semble avoir été fait depuis la communication du professeur Terrier à la Société de chirurgie (1892) ; et de nos jours, l'origine traumatique des kystes sanguins de la rate paraît évidente. M. Brunswic-le-Bihan leur a donné le nom de kystes métaclastiques ; sans rien préjuger des désordres de la rate, qui leur ont donné naissance, nous les appellerons simplement *kystes métatraumatiques*.

Le traumatisme externe ou interne, violent ou minime, direct ou à distance, que l'on trouve au début des hématomes de la région splénique, ne saurait faire nier l'existence des ruptures spontanées de la rate. Il existe, dans les premières périodes du paludisme, des rates très congestionnées, à peine un peu volumineuses qui, par le fait d'une hyperhémie soudaine, peuvent se rompre spontanément. « Dans ces cas, écrivait Barrallier, il ne s'agit pas d'une hémorrhagie de la rate, mais d'une hémorrhagie par la

rate. » L'abondance et la rapidité de l'épanchement produisent rapidement une inondation péritonéale mortelle, et la rupture spontanée ne saurait aboutir à la formation d'un hématome.

Pilliet avait rencontré dans la pulpe splénique d'un chien trois angiomes veineux, dont l'un avait suivi la transformation kystique, et il en concluait que les kystes hématiques résultaient de l'agrandissement d'une cavité angioma-teuse. Il est certain que le kyste observé par Pilliet « à la périphérie duquel on retrouvait une couche angioma-teuse interposée entre la collection sanguine et le tissu propre de la rate », n'avait que des ressemblances anatomiques et cliniques très lointaines avec les tumeurs, que nous avons en vue. Il existait bien une production kystique, mais la lésion était avant tout un angiome. Ces productions vasculaires (angiomes, état variqueux) créent pour la rate une singulière prédisposition à l'hémorrhagie, mais ne sauraient infirmer la valeur du traumatisme. Ce sont les déchirures complètes ou sous-capsulaires de la rate, qui créent les hématomes, capables de devenir des kystes, et le traumatisme est à l'origine de toutes ces déchirures. Mais il faut faire cette restriction qu'il ne saurait avoir d'action que sur une rate altérée, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire cet aphorisme de Besnier : « Le traumatisme joue un rôle dans les ruptures spontanées et la rate est prête à se rompre quand intervient le traumatisme. »

III. MODES DE PRODUCTION DES HÉMATOMES

Nous ne voudrions point trop entrer dans le domaine des hypothèses : mais la rareté des cas ne nous a pas permis de saisir sur le vif le mécanisme de formation des hématomes spléniques. L'expérimentation, elle-même, est impossible, car nous ne saurions comparer ce qui se produit dans une rate cadavérique, ou dans la rate saine d'un animal, à ce qui a lieu chez un paludéen, par exemple, du fait de son paludisme. Néanmoins, certaines constatations précises ont été notées par les divers auteurs au cours des nécropsies et des interventions, et il en résulte un groupe de faits capable de nous laisser entrevoir la succession probable des processus, qui relie l'hématome au traumatisme.

L'action de celui-ci peut s'exercer sur l'organe tout entier ou le parenchyme seulement en respectant la capsule. Dans ce dernier cas, on est en présence d'une contusion simple de la rate, aboutissant à une déchirure sous-capsulaire, et nous réservons le nom de ruptures aux solutions de continuité intéressant l'enveloppe de la rate.

A. Contusions et déchirures sous-capsulaires.

Lorsqu'une violence de médiocre intensité contond à travers la paroi thoracique une rate, dont le volume est énorme et la capsule épaissie, celle-ci n'éclate pas en raison de son élasticité et de sa solidité, mais le tissu splénique, plus friable, s'écrase par tassement ; il se produit alors une

vraie rupture sous-capsulaire, donnant lieu à un foyer hémorrhagique considérable (Barrallier). L'épanchement où nagent quelques parcelles de pulpe splénique écrasée se collecte, refoulant d'une part le parenchyme splénique et la capsule de l'autre. Quelques auteurs ont avancé qu'il s'agissait d'un véritable décollement de la capsule splénique par l'hématome. Cependant, l'adhérence de l'enveloppe fibreuse de la rate au parenchyme est si intime, qu'on ne saurait la détacher sans arracher en même temps des lambeaux de la pulpe. Au reste, les prolongements fibreux, décrits par tous les anatomistes, qu'elle envoie dans l'épaisseur de la glande pour la cloisonner, ont subi, comme elle, un processus de sclérose et un épaississement notable; et la résistance qu'ils opposent à la poussée hémorrhagique est assez grande. L'épanchement paraît refouler et distendre la capsule plus qu'il ne la décolle. Lorsque celle-ci résiste et oppose une barrière efficace à l'envahissement sanguin, de gros caillots ne tardent pas à apparaître, qui favorisent l'hémostase spontanée. L'hématome est formé, et s'il n'est pas devenu le siège de processus infectieux, il évoluera vers l'enkystement. Mais d'autrefois l'hémostase ne se produit pas spontanément; l'épanchement augmente et distend progressivement la capsule jusqu'à ce qu'elle éclate. Les lésions occasionnées par le traumatisme aboutissent alors à une rupture spontanée secondaire, qui peut survenir après plusieurs jours.

B. Ruptures vraies — Capsulaires.

Primitives ou secondaires, les ruptures vraies ont pour conséquence une hémorrhagie intra-péritonéale, dont l'abondance varie avec l'état du péritoine.

a) *Adhérences anciennes (Périsplénite scléreuse)*

Presque constantes sur les vieilles rates paludiques, ces adhérences, fermes et solides, limitent très rapidement l'écoulement sanguin, lorsqu'elles siègent au voisinage de la solution de continuité. Elle cèdent difficilement sous la pression de l'épanchement, qui, s'accumulant entre elles, se collecte en une cavité enkystée, indépendante de la grande cavité péritonéale. Ces hématomes juxta-spléniques n'acquièrent, en général, que des dimensions assez restreintes.

b) *Adhérences récentes (Périsplénite traumatique)*

Molles, lâches, très peu résistants, se rompant facilement sous le doigt, ces adhérences néoformées résultent de la poussée inflammatoire de voisinage, qui accompagne l'attrition sous-capsulaire de la rate. Cette périsplénite adhésive s'accompagne de ramollissement inflammatoire de la capsule, qui, dès lors, se trouve prête à se rompre sous la poussée de l'épanchement intraglandulaire. — Il s'agit toujours dans ce cas, d'une rupture secondaire. L'hématome intrasplénique se complique d'une hématocele périsplénique, que les adhérences inflammatoires suffisent à circonscrire, si la pression sanguine est peu élevée. Dans le cas contraire, elles cèdent à leur tour et survient une véritable inondation péritonéale plus ou moins tardive.

c) *Absence d'adhérences. — Hémorrhagies lentes au cours des ruptures de rate.*

Lorsque la cavité péritonéale est libre, aucune barrière ne tend à s'opposer à l'hémorrhagie et à la circonscrire.

Néanmoins on possède un certain nombre d'observations, où, en l'absence d'adhérences primitives sérieuses, l'épanchement a gardé une tendance remarquable à se localiser à la loge splénique. Dans ces cas, l'hémorrhagie s'est effectuée lentement, laissant au péritoine le temps de réagir par la création d'adhérences secondaires, que nous étudierons dans le chapitre suivant.

Longtemps l'attention n'a été portée que sur les ruptures de la rate, capables de donner une hémorrhagie pour ainsi dire foudroyante; mais, de nos jours, il est démontré qu'il existe des solutions de continuité du parenchyme splénique, qui ne saignent pas ou ne donnent lieu qu'à un suintement insignifiant. De ce nombre sont les déchirures, qui n'intéressent que la capsule; elles méritent le nom de *ruptures sèches* que leur avait donné Collin. Dans plusieurs observations rapportées par cet auteur, on voit que la capsule est rompue et la division qui n'atteint pas le parenchyme est en voie de réparation.

Ailleurs, la solution de continuité, qui a intéressé la pulpe assez profondément, ne donne issue qu'à une hémorrhagie de minime importance. Une observation, rapportée par le professeur Vincent, est, à ce point de vue, tout à fait instructive. A la suite d'une erreur de diagnostic, il pratiqua

une déchirure du tissu splénique, longue de 6 centimètres et profonde de 8 millimètres ; non seulement cet accident n'occasionna aucune hémorrhagie sérieuse, mais la malade guérit spontanément d'une énorme hypertrophie paludique, qui avait été prise pour un kyste de l'ovaire. A côté de ce fait, Pellereau raconte qu'un Chinois mourut 3 heures après avoir reçu un coup de pied d'une créole. L'hémorrhagie avait été formidable, bien que les ruptures de la rate fussent superficielles ; mais l'une d'elles était située près de deux grosses branches de la veine splénique, qu'elle avait ouvertes. Ce qui règle l'abondance de l'hémorrhagie, ce n'est pas la profondeur de la solution de continuité, mais l'importance des vaisseaux intéressés. Une rupture relativement profonde peut ne donner qu'un suintement minime, alors qu'une déchirure superficielle intéressant une grosse veine occasionnera une hémorrhagie presque foudroyante. A ce point de vue, les ruptures qui siègent au voisinage du hile sont de beaucoup les plus graves, et les vaisseaux superficiels de la pulpe, atteints quelquefois par le processus de sclérose, peuvent être divisés sans donner lieu à un épanchement notable.

Dans ce cas, l'hémostase spontanée s'opère rapidement, d'une façon provisoire ou définitive, par la production d'un caillot, qui s'interpose entre les lèvres de la brèche. Lorsque l'écoulement sanguin ne doit plus se reproduire, le caillot s'organise et concourt à la réparation de la solution de continuité. Dans une autopsie pratiquée par Maillot, à l'hôpital d'Alger, « la face externe de la rate était le siège d'une rupture recouverte par un énorme caillot fibrineux, très résistant, dont l'organisation révélait un travail de plusieurs jours. » La production du caillot est la conséquence de l'hémostase spontanée et ne saurait en être la

cause ; car, pour que le sang se coagule, il est nécessaire que la vitesse de l'écoulement soit minime. Celle-ci est quelquefois ralentie par une portion d'épiploon qui s'interpose à la manière d'un bouchon entre les lèvres de la plaie. Cette disposition apparaît nettement dans l'observation II du mémoire de Collin ; mais elle ne saurait aboutir à l'hémostase spontanée, définitive, qu'autant que l'hémorrhagie est lente et peu abondante ; il en est de même de l'apparition d'un fragment détaché de la pulpe splénique au milieu de la solution de continuité. Plus récemment, à la Société de Chirurgie, M. Demoulin attira l'attention sur le rôle, que pourrait avoir la capsule dans le ralentissement de l'écoulement sanguin. Au cours d'une splénectomie pratiquée chez un malade ayant eu, cinq jours auparavant, une forte contusion de l'hypochondre gauche, il remarqua que « la capsule était trop grande pour la partie supérieure du viscère ; elle formait, au niveau du plan de rupture du fragment supérieur, une sorte de sac revenu sur lui-même, cachant complètement ce plan et contenant dans son intérieur des caillots noirâtres, adhérents au tissu splénique ». A notre avis, une telle disposition ne saurait exister dans les ruptures primitives. Le décollement apparent de la capsule est la conséquence d'un hématome, qui, développé primitivement sous sa face profonde, a laissé comme vestiges « les caillots noirâtres, adhérents au tissu splénique ». Le recroquevillement de la membrane d'enveloppe de la rate témoigne de son éclatement secondaire sous la pression de l'épanchement.

Max Madelener et d'autres auteurs ont justement insisté sur ce fait que les solutions de continuité de la capsule et celles du parenchyme ne sont pas contemporaines. Dans un certain nombre de cas, celles-ci précèdent celles-là d'un temps parfois fort long.

La rupture, commencée avec le traumatisme, s'achèverait plus tard spontanément. On comprendra que les solutions de continuité du parenchyme et de la capsule, non contemporaines, produites par un mécanisme différent, ne soient pas superposables : c'est au niveau du point d'application du choc que le premier s'écrase ; c'est à l'endroit le plus faible et le plus distendu que l'autre se divise. En effet, tous les points de la capsule ne sont pas également résistants ; à côté des parties épaissies et dures, il en est d'autres demeurées minces et friables, qui peuvent se trouver ramollies du fait de l'inflammation, développée à la suite du traumatisme. Peut-être le choc, qui a écrasé la pulpe splénique, a-t-il laissé sur l'enveloppe fibreuse une zone « stupéfiée », sans la rompre.

Cette rupture secondaire, en apparence spontanée, survient aussi quelquefois à la suite d'un nouveau traumatisme ou d'un effort. Trois jours après un coup, qui avait sans doute produit un hématome sous-capsulaire de la rate, le malade de M. Morestin ressentit dans le côté gauche, en soulevant un lourd fardeau, une douleur déchirante, syncope, qui traduisit évidemment la rupture capsulaire, source d'une hématocele péricapsulaire ultérieure. Pour que la capsule pût remplir un rôle hémostatique au cours des ruptures primitives, il faudrait admettre une énorme disproportion d'étendue entre les solutions de continuité de l'enveloppe et du parenchyme. L'écoulement sanguin ne pouvant se faire complètement au dehors par une brèche capsulaire minime, se ferait en même temps dans la glande ; et c'est encore par la production d'un hématome sous-capsulaire que s'opérerait une hémostase spontanée plus ou moins durable.

Au reste, il ne faut pas confondre les hémorragies

lentes qui créent les hématoèles périspléniques avec les hémorragies tardives, qui sont des complications. S'ils sont capables de rendre moins sombre le pronostic des ruptures de la rate, ces petits suintements sanguins peuvent durer fort longtemps, et, dans ce cas, l'hémostase spontanée se réalise très difficilement.

De cette trop longue discussion un fait subsiste, c'est qu'au cours des ruptures de la rate, la gravité de l'hémorragie est subordonnée à l'importance des vaisseaux lésés.

Un dernier point mérite d'attirer l'attention, c'est que lorsque l'hémorragie splénique se fait lentement, elle se localise toujours à l'hypochondre gauche, même en l'absence d'adhérences. De ce fait, nous trouverons deux causes : l'une anatomique, l'autre physiologique. Les épiploons qui unissent la rate à l'estomac et au pancréas, ainsi que le mésentère, empêchent la diffusion de l'hémorragie de l'autre côté de la ligne médiane.

La présence du mésocolon et du petit sac séreux qui soutient le pôle inférieur de la rate, favorisent la production d'un caillot, qui ferme la loge splénique à sa partie inférieure. Mais ce qui contribue plus puissamment encore à localiser l'épanchement à l'hypochondre gauche, c'est la contracture réflexe de la paroi abdominale et des anses intestinales, sur laquelle Trendelenbourg a justement insisté. A la suite de l'irritation mécanique et chimique, exercée sur le péritoine par le sang épanché, les muscles de la paroi abdominale deviennent rigides et tendus ; les anses intestinales contracturées sont enclavées entre les parois abdominales et le rachis, et ferment le passage au sang, qui ne tarde pas à se prendre en caillots autour de la rate. En raison de sa fluidité, le sérum peut passer dans les

parties déclives de l'abdomen ; mais il se résorbe dans la suite, lorsque l'hémostase s'est effectuée spontanément.

Ainsi, à côté des ruptures de la rate qui sont la source d'une hémorrhagie profuse et produisent une véritable inondation péritonéale, il en est d'autres plus bénignes et beaucoup moins connues, qui aboutissent seulement à la formation d'une hématocele périsplénique. Celle-ci, qui succède à une rupture vraie, primitive ou secondaire de la rate, se rencontre dans deux circonstances : 1^o lorsque des adhérences anciennes ou récentes, circonscrivent un foyer péritonéal périsplénique ; 2^o lorsque la solution de continuité de la rate ne donne lieu qu'à un suintement sanguin modéré.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomique, il convient de distinguer les hématomes de date récente des hématomes anciens, en raison des modifications profondes qu'ils subissent au cours de leur évolution. Nous occupant d'abord des premiers, nous envisagerons les collections sanguines qui, succédant à une contusion simple de la rate, ont leur origine dans une attrition plus ou moins considérable du parenchyme splénique et siègent sous la capsule demeurée intacte. Ensuite nous étudierons les épanchements sanguins intrapéritonéaux limités à l'hypochondre gauche, qui succèdent à une hémorrhagie du tissu de la rate, ayant fait irruption dans la loge splénique par une déchirure de la capsule.

I. — HÉMATOMES INTRASPLÉNIQUES

Ces collections sanguines peuvent siéger dans tous les points de l'organe, au niveau d'une des extrémités ou au voisinage des faces.

Néanmoins, elles offrent une prédilection marquée pour la face convexe et les zones d'insertion des différents ligaments péritonéaux qui unissent la glande au diaphragme.

Ce siège paraît en rapport constant avec le traumatisme qui a déterminé la lésion. D'une façon générale, on peut établir les règles suivantes :

1° Dans les *chocs directs*, l'hématome siège au niveau de la face convexe et du bord antérieur, qui sont les territoires les plus directement offerts au traumatisme.

2° A la suite des contusions *par contre-coup*, c'est encore la face convexe et le bord postérieur qui, venant heurter contre les côtes et la gouttière costo-vertébrale, sont le plus souvent intéressés.

3° Au cours des *chutes* d'un lieu élevé, lorsque le corps tombe dans une position se rapprochant de la verticale, le ligament spléno-diaphragmatique tend à rompre les fibres qui unissent la capsule au parenchyme splénique, et c'est au niveau du pôle supérieur de la rate que l'hémorrhagie se collecte. Si la glande est fixée aux organes voisins par de solides adhérences pathologiques, ce sont ces adhérences qui, agissant dans certains cas de traumatisme interne, à la manière du ligament phréno-splénique, déterminent le siège de la collection sanguine.

4° Quand le corps est comprimé entre deux plans résistants, au cours d'un tamponnement, par exemple, il est rare d'observer un hématome intrasplénique. Dans ce cas, la rate a la plus grande tendance à *éclater* et la rupture s'accompagne souvent de désordres graves dans les viscères voisins.

5° Au voisinage du hile se trouvent les divisions des vaisseaux spléniques. Aussi toute déchirure du parenchyme de la rate à ce niveau ouvre des vaisseaux de fort calibre, qui saignent abondamment, sans que cette hémorrhagie ait la moindre tendance à se collecter.

Quoiqu'il en soit, c'est toujours loin du centre de la rate

et au voisinage de sa périphérie, que siègent les hématomas intraspléniques. Aussi Barrallier, qui les avait entrevus le premier, leur donna-t-il le nom d'*hémorrhagies sous-capsulaires*. Cette dénomination, qui correspond assez bien à l'aspect macroscopique des lésions, pourrait, comme nous l'avons vu, induire en erreur sur leur pathogénie. C'est au dépens du parenchyme que s'est produite l'hémorrhagie; c'est à l'intérieur même de la pulpe splénique qu'elle creuse, en repoussant la capsule, la cavité où elle se collecte. Lorsque la capsule est repoussée par le développement progressif de cet hématome, elle entraîne toujours à sa face profonde une certaine quantité, généralement minime, de parenchyme. Aussi voyons-nous les parois de la cavité sanguine toujours anfractueuses et irrégulières, même du côté où elles paraissent à l'œil nu uniquement constituées par la capsule; elles sont molles au toucher et ne présentent aucune induration. Cette cavité s'est toujours montrée unique. Peut-être, dans certains cas, au début, le parenchyme splénique saignait-il en plusieurs points, mais ces hématomes voisins n'ont pas tardé à se fusionner en une collection unique et volumineuse. Les hématomes intraspléniques se développent rapidement, et ne tardent pas à acquérir des dimensions relativement considérables. Lorsque la rate a été contusionnée sur une grande étendue, elle apparaît broyée en totalité dans son enveloppe demeurée intacte; celle-ci semble circonscrire un vaste hématome, où nagent les débris du parenchyme. Par refoulement progressif de la capsule, l'hématome tend à s'extérioriser et apparaît comme une tumeur liquide et sessile, implantée sur la rate.

Lorsqu'on incise un hématome intrasplénique, de formation récente, le sang collecté apparaît coagulé. Des caill-

lots, plus ou moins volumineux, nagent au milieu du liquide hématique. Ces caillots ont une mollesse particulière et ne donnent qu'une crépitation minime. On trouve, au milieu des caillots ou du liquide sanguin, de petits noyaux plus consistants, qui sont des débris de parenchyme splénique. Le microscope ne montre encore aucune altération des globules.

A l'examen *histologique*, les parois apparaissent constituées par la capsule doublée sur sa face profonde d'une couche de parenchyme splénique plus ou moins épaisse et dilacérée. Vers la base d'implantation de l'hématome sur la rate, on reconnaît la pulpe splénique présentant deux sortes de lésions :

1^o Des altérations causées par le processus pathologique qui a permis la production de l'hématome ;

2^o Une infiltration sanguine d'étendue variable entre les divers éléments de ce parenchyme.

II. — HÉMATOCÈLE PÉRISPLÉNIQUE

Qu'elles soient consécutives à une rupture primitive de la capsule, ou secondaire à un hématome intrasplénique, les collections sanguines de l'hypochondre gauche offrent de telles analogies anatomiques et cliniques avec les hémorragies consécutives aux ruptures de la trompe gravis, que pour désigner ces tumeurs sanguines péricapsulaires, nous conserverons volontiers la vieille dénomination d'*hématocèle*, utilisée déjà par M. Morestin.

Lorsque l'épanchement s'est produit lentement dans une cavité péritonéale libre d'adhérences antérieures, il occupe

généralement la loge splénique dans sa totalité. Il entoure la rate sur sa convexité, ses bords et son pôle inférieur, et pour peu qu'il soit abondant, la repousse en dedans et en haut sous la coupole diaphragmatique, au voisinage de la colonne vertébrale. La masse sanguine repose en dehors sur la paroi de l'hypochondre gauche, en bas sur l'angle gauche du colon, qu'elle refoule vers la fosse iliaque. En dedans elle rejette l'estomac et l'intestin grêle vers la ligne médiane, quelquefois au-delà. Par elle, l'épiploon infiltré de sang est fortement appliqué contre la paroi abdominale antérieure. Ainsi l'épanchement refoule tous ces organes, qu'il comprime quelquefois, et ménage entre eux un espace où viendront se former de volumineux caillots. Et pour mieux circonscrire cette loge splénique, que la nature a fait largement communiquer avec le petit bassin et la grande cavité péritonéale, le péritoine — irrité d'une invasion sanguine dont la lenteur lui permet de réagir — s'enflamme légèrement et crée des *cloisons pathologiques*. C'est ainsi que la rate s'accole par son pôle supérieur et sa face concave au lobe gauche du foie et au diaphragme; le grand épiploon devient adhérent à l'estomac et à l'intestin d'une part, à la paroi abdominale de l'autre. Les anses intestinales, les franges épiploïques du colon s'agglutinent au voisinage de la tumeur sanguine. La réaction défensive du péritoine a, par la coalescence des divers organes, qui apparaissent plus ou moins infiltrés de sang, produit une cloison protectrice et efficace, qui n'a pas permis à une hémorrhagie, ne demandant qu'à se limiter, de se diffuser et de produire une véritable inondation péritonéale. Mais il ne s'agit pas là d'enkystement véritable; ce sont des adhérences molles, que le doigt rompt facilement, et nulle part autour de la masse sanguine on ne trouve la trace d'une

membrane enveloppante isolable et distincte. Le volume de l'épanchement périsplénique est généralement considérable. Coville évaluait à plus d'un litre celui qui entourait la rate de son opérée. Dans le cas observé par Vincent, le sang, liquide et caillots, représentait plus de deux litres et demi.

Il s'en faut que les hématomes périspléniques aient toujours de telles dimensions et occupent la loge splénique toute entière. Lorsque la rupture siège sur une rate primitivement fixée par des adhérences, elles limitent aussitôt l'épanchement, qui dès lors n'acquiert qu'un faible volume. Dans une observation de Collin, le tiers supérieur de la rate seul était inclus dans un foyer périsplénique, constitué par des adhérences très résistantes, établies entre le lobe gauche du foie, l'estomac, le diaphragme et le tiers supérieur de la rate. En détruisant ces adhérences, on pénétrait dans un foyer qui pouvait être d'un quart de litre. Dans un cas tout à fait exceptionnel, observé par M. Weiss, de Nancy, l'hématome s'était collecté dans l'arrière cavité des épiploons.

Le sang, d'abord presque pur bien que noirâtre, ne conserve pas longtemps sa fluidité. Il se coagule vite; le liquide qui accompagne les caillots devient épais, prend un aspect poisseux, sirupeux, rouge brunâtre, qui l'a fait comparer à du raisiné, de la mélasse. Souvent, au milieu du liquide et des caillots, on retrouve des débris de parenchyme splénique, ou même des fragments de rate d'un certain volume.

Quelquefois une certaine quantité de sérosité rosée, résultant de la séparation du coagulum sanguin, a pu s'infiltrer au travers d'adhérences mal établies et parvenir dans la grande cavité péritonéale et le petit bassin. Ce « sérum »

frais, généralement aseptique, a paru se résorber sans donner lieu à des accidents sérieux. C'est généralement au voisinage immédiat de la rate que l'on trouve les caillots les plus volumineux et les plus consistants. Ils la masquent aux yeux de l'opérateur, qui doit les détacher de la glande, à laquelle ils adhèrent, afin d'apercevoir la déchirure, source de l'hémorrhagie.

Rien n'est plus variable que le siège et les dimensions de cette rupture ; peut-être s'observe-t-elle plus fréquemment sur la face externe et sur les bords. Le plus souvent, elle est unique ; mais n'a-t-on pas vu, dans certains cas, une rate divisée profondément en plusieurs fragments au milieu d'un épanchement localisé sous le diaphragme, témoin la fillette de Karewski, qui fit quelques semaines après un traumatisme violent, un abcès sanguin circonscrit, dans lequel on retrouva la rate complètement séparée de sa capsule.

Qu'elle soit sinueuse, rectiligne, angulaire, étoilée, arrondie, la déchirure contient généralement, dans l'interstice ménagé entre ses lèvres, un coagulum sanguin devenu partiellement fibrineux, qui apparaît comme le pédicule des masses cruoriques considérables, qui entourent la glande toute entière. Les lèvres, elles-mêmes, de la solution de continuité ont déjà subi un premier travail de cicatrisation, qui permet d'apprécier l'âge de la rupture. Elles sont un peu indurées, recouvertes de lymphé plastique et devenues adhérentes au caillot fibrineux qui les sépare.

Quelquefois, une partie d'épiploons ou une frange épiploïque sont trouvées accolées au-devant de la déchirure et adhérentes à ses bords. Cette heureuse disposition, qui vraisemblablement a contribué à modérer l'hémorrhagie,

hâte dans une large mesure, par la production « d'une greffe épiploïque spontanée », la réparation de la brèche splénique.

Lorsque la rupture succède à un hématome sous-capsulaire et que l'hémorrhagie s'est faite en deux temps, la déchirure est généralement assez large et la capsule, plus ou moins épaissie et recroquevillée, paraît décollée sur une certaine étendue. Cette disposition fut pour la première fois remarquée par Barrallier, et, depuis, beaucoup d'auteurs l'ont retrouvée. Le vieillard observé par Conway présentait une capsule largement déchirée, avec un amas sanguin considérable sous-capsulaire. Chez le malade de Vedienne, il y avait à l'extrémité supérieure de la rate une large déchirure, qui était l'orifice d'une cavité intrasplénique, capable de loger le poing et remplie de caillots. Th. Cohn remarqua, au cours d'une splénectomie, que la capsule était détachée au loin de la surface convexe et flottait librement. Une telle disposition est encore notée dans les observations de Demoulin (Obs. XIII) et de Ludwig-Mayer).

III. — EVOLUTION ANATOMIQUE DES HÉMATOMES

Les collections sanguines ainsi formées peuvent se résorber, surtout lorsqu'elles sont cantonnées à la rate. Dans l'immense majorité des cas, cependant, elles subissent des modifications anatomiques importantes, quel'on peut ranger sous quatre chefs.

1° L'augmentation progressive de volume, précédant souvent la rupture tardive;

- 2° La transformation purulente ;
- 3° La transformation en tumeur fibrineuse ;
- 4° L'enkystement et la transformation en kyste métatraumatique.

1° *Accroissement progressif des hématomes.* — La collection sanguine n'acquière généralement pas d'emblée son volume définitif. L'hémostase spontanée, qui avait dès le début limité l'épanchement, est le plus souvent passagère, et l'hématome est accru par l'apport d'hémorragies successives. Cet accroissement de volume des hématomes est généralement limité par la capsule ou les adhérences péritonéales, suivant que la collection siège dans la rate ou la loge splénique. Lorsque la barrière est rompue, on se trouve en présence d'une rupture secondaire ou médiate de la capsule dans le premier cas et, dans le second, d'une véritable inondation péritonéale. Quoiqu'il en soit, l'accroissement primitif des hématomes intraspléniques et périspléniques est de courte durée. Il subit un temps d'arrêt au moment de leur transformation kystique, et ces kystes à leur tour peuvent devenir le siège d'un accroissement secondaire considérable.

2° *Hématomes suppurés ; abcès traumatiques de la rate.* — Il se peut que des accidents d'intolérance vis-à-vis du sang épanché, qui constitue un corps étranger, apparaissent du côté des tissus environnants. Dans ce cas, l'hématome ne peut être résorbé, et doit être éliminé par le mécanisme de la suppuration. Il se produit alors une inflammation vive, qui aboutit à la formation d'un *abcès sanguin de la rate*, ou d'un *phlegmon périsplénique*. Cette inflammation ne saurait exister sans l'apport de germes infec-

tieux, venus du dehors, d'un organe voisin (estomac, intestin), ou de la rate elle-même primitivement altérée et infectée. On voit d'abord le liquide hématique parcouru par de grandes stries blanchâtres, premier indice de la suppuration. Bientôt ce liquide devient homogène, très odorant et de coloration chocolat. Lorsque la transformation purulente est complète, l'hématome se comporte comme un abcès ordinaire, et se fait jour au dehors par différentes voies.

Dans les cas heureux, il s'ouvre spontanément à la peau de la paroi abdominale antérieure, ou plus souvent de la région lombaire. Mais cette évolution est rare. Si l'on n'intervient pas, l'abcès, usant les fibres du diaphragme, aboutit à la formation d'une pleurésie diaphragmatique enkystée qui s'ouvre à son tour dans les bronches ou à la paroi du thorax. Dans certains cas, des néomembranes accolent les deux feuillets pleuraux, et le pus, respectant la cavité pleurale oblitérée, se déverse directement dans le poumon. Ailleurs la membrane pyogène de l'abcès, en contact direct avec l'estomac, le colon, l'intestin grêle, perce les parois du tube digestif dont elle fait communiquer la lumière avec la cavité purulente. Il en est de même pour la veine splénique. Les abcès hématiques de la rate peuvent enfin se rompre dans la grande cavité péritonéale ou fuser au loin vers le petit bassin (vagin, tissu cellulaire péri-rectal).

3° *Tumeur fibrineuse de la rate.* — Lorsque la partie liquide de l'hématome se résorbe seule, les caillots persistants forment une tumeur solide. Cette tumeur fibrineuse pourrait en imposer à un examen macroscopique sommaire pour un néplasme de mauvaise nature. Bésaucèle, élève de

Trélat, a parfaitement décrit cette évolution des hématomes dans le tissu cellulaire sous-cutané. Notre maître, M. Routier, a observé une tumeur fibrineuse consécutive à un hématome intrasplénique, pour laquelle il a pratiqué la splénectomie. M. Durante a fait l'examen microscopique de cette tumeur et en a minutieusement décrit les lésions. (Cf. plus loin, observation LIX).

4° Enkystement. Les kystes métatraumatiques. — L'enkystement est la terminaison des hématomes spléniques la plus fréquente et la plus inattendue. Jusqu'à la retentissante communication du professeur Terrier, personne n'avait soupçonné que les volumineux kystes séro-sanguins observés sur la rate avaient une origine commune : le traumatisme. Au fond, comme l'a dit M. Lejars, les kystes sanguins spléniques et péricapsulaires ne sont que des hématomes enkystés. La réaction des parties environnantes a isolé la collection sanguine, qui ne s'est ni résorbée, ni éliminée, en l'entourant d'une membrane protectrice de nouvelle formation. Cette « zone isolante » est le résultat d'une irritation produite par le sang, corps étranger, sur les tissus voisins, irritation qui a pour effet une prolifération active avec formation d'une zone embryonnaire formant une couche pauvre en vaisseaux, et, par suite, peu disposée à absorber le contenu de la poche (Terrier). Cette néomembrane devient fibreuse, enfermant l'hématome dans une cavité close de toute part : le kyste hématique est formé. Étudions sa paroi et son contenu.

a) *PAROI KYSTIQUE. —* Cette paroi, à l'œil nu, a une épaisseur variable : mince et réduite à une coque fibreuse dans certains points, elle est ailleurs beaucoup plus dense et plus épaisse.

Dans tous les cas très résistante, elle présente tous les caractères du tissu de cicatrice. Sa forme, d'apparence irrégulière, a été déterminée par la disposition de l'épanchement sanguin, qu'elle est venue circoncrire. Sa face interne est lisse et régulière, le plus souvent tomentueuse, tapissée de coagulations fibrineuses, et recouverte par place de plaques très dures, d'apparence calcaire. Sa surface extérieure est difficilement isolable du tissu conjonctif ambiant, dont elle n'est elle-même que la condensation. Lorsque le kyste est intra-glandulaire, la membrane adhère intimement d'un côté au parenchyme splénique, et de l'autre à la face profonde de la capsule, dont elle reste quelquefois séparée par une mince zone de parenchyme en voie de régression. Cette capsule, entourant le kyste dans la plus grande partie de son étendue, l'isole des organes voisins et lui permet de garder une certaine mobilité. C'est ainsi que le kyste hématique observé par Chavier put être facilement amené au dehors avec la rate. Par contre, la capsule splénique qui entoure le kyste peut être le siège d'une réaction inflammatoire lente et chronique, qui aboutit à la formation d'adhérences. Péan eut une peine infinie à séparer le grand épiploon de sa tumeur. Dans le cas de M. Terrier, le kyste qui siégeait sur la face concave dut être décollé de l'épiploon gastro-splénique, auquel il était adhérent. Mais c'est lorsque le kyste est péri-splénique qu'il devient difficile de trouver un plan de clivage à la surface externe de la membrane péri-kystique. Elle est extrêmement adhérente à tous les organes qui, en contact direct avec elle, entourent la loge splénique : et tous les chirurgiens qui ont tenté l'extirpation de cette membrane n'ont pu mener à bonne fin leur entreprise. Heurteaux ne put libérer qu'une toute petite portion du kyste qu'il résé-

qua, puis il marsupialisa la partie restante. De même, au cours d'une splénectomie qu'il fit pour un cas de ce genre, Spencer Wells constata les innombrables adhérences, qui unissaient la tumeur à l'utérus et aux intestins. Dans un endroit, elles étaient si tenaces, qu'il préféra laisser une portion de la paroi kystique, dont la malade, dit-il, n'aurait pu supporter l'ablation complète. Une telle disposition anatomique est importante à connaître au point de vue des conséquences opératoires. En effet, tandis que les kystes sous-capsulaires conservent toujours une certaine mobilité, les kystes périspléniques ont une fixité absolue. Et tandis que les premiers pourront être souvent réséqués en totalité, sans trop de difficultés, la décortication et la résection des seconds sera toujours laborieuse, et dans certains cas, impossible.

La paroi kystique, étudiée au *microscope*, se montre constituée par des faisceaux de fibres conjonctives disposées en séries parallèles. Quelques cellules plates et allongées dans le même sens apparaissent dans l'intervalle des fibres; elles sont d'autant plus rares que la membrane est plus ancienne, car, à la longue, le tissu fibreux qui la constitue devient très dur, à trame très serrée. Ce tissu ayant une terminales des vaisseaux spléniques. Cette disposition était très nette dans le cas de Péan.

« vitalité obscure » est assez pauvre en vaisseaux; ils sont de petit calibre, leurs parois se confondent avec le tissu conjonctif ambiant. Néanmoins, lorsque le kyste s'est développé dans le parenchyme splénique, au voisinage du hile, on peut voir sa paroi parcourue par de gros vaisseaux qui sillonnent sa surface extérieure et proviennent des divisions

b) CONTENU KYSTIQUE. — Rien n'est plus variable que l'évolution du contenu des kystes hématiques de la rate.

Le liquide peut conserver longtemps l'apparence du sang frais ; le plus souvent les caillots se déposent en strates fibrineuses sur les parois, ils se fragmentent, finissent par se désagréger, et au bout d'un temps parfois très long on ne retrouve plus qu'une masse homogène où nagent quelques grumeaux. Le sérum peut se résorber partiellement, laissant en guise de liquide kystique une masse épaisse et poisseuse comme du raisiné ; généralement cette résorption est vite limitée par la production de la membrane d'enveloppe, et c'est un liquide épais et sirupeux, qui apparaît à l'intérieur du kyste. La quantité de ce liquide peut même s'accroître dans des proportions considérables après plusieurs années. Cet accroissement secondaire des kystes, dont nous avons parlé, est dû vraisemblablement, soit à un phénomène d'irritation, soit aux hémorrhagies successives des vaisseaux néoformés dans la paroi. Alors le kyste peut atteindre un volume considérable. Celui d'Heurteaux, dont la contenance était évaluée à près de dix litres, semble jusqu'à ce jour avoir tenu le record de la capacité.

La *composition du liquide kystique* est fort complexe. Le microscope décele la présence d'innombrables globules sanguins plus ou moins altérés, de nombreux leucocytes, de granulations diverses, et de cristaux de cholestérine. Pour se faire une idée exacte de la constitution chimique, le lecteur n'a qu'à se reporter à l'analyse très complète que M. Audouard (de Nantes) fit du liquide retiré par Heurteaux (obs. XXXVI). L'urée qui entre dans la composition du sérum sanguin, y existe en notable proportion, et sa constitution inattendue, à la suite d'une ponction exploratrice, fut pour Coville l'occasion d'une erreur de diagnostic.

La coloration du liquide est excessivement variable :

rouge au début, lorsque les hématies se dissolvent dans le sérum, il ne tarde pas à devenir rouge brunâtre, couleur chocolat, noirâtre pour peu que la matière colorante du sang existe en assez grande quantité. L'hématine au contraire se trouve-t-elle en faible proportion, le liquide tire au brun clair, au jaune verdâtre, au jaune paille. Dans ce cas, il est assez fluide, et l'on croirait se trouver en présence d'un kyste séreux, ne pouvant supposer qu'une sérosité limpide et ambrée eut pour point de départ une collection sanguine.

De fait, la plus grande confusion a, jusqu'à ce jour, régné entre les kystes séreux et les kystes séro-sanguins de la rate. Les auteurs les ont toujours compris dans la même catégorie et, à notre avis, c'est là une erreur. « Posons en principe, disait Poterel-Maisonnette, que (hormis les tumeurs dermoïdes) il ne peut y avoir dans la rate que deux sortes de tumeurs kystiques liquides; celles qui ne sont pas hydatiques sont forcément séreuses. » Pourquoi vouloir que les gros kystes, que nous étudions, toujours uniques, volumineux, uniloculaires, à parois dépourvues d'épithélium, ressemblent plus aux petits kystes multiples d'Andral, ou au kyste plus volumineux et multiloculaire de Leudet, qu'à un kyste parasitaire de la rate? Ce qui a prêté à la confusion, c'est que les kystes séreux peuvent avoir un liquide devenu secondairement hémorrhagique, et que le contenu des kystes hématiques peut à la longue revêtir une apparence séreuse. Nardi, dans une récente et très intéressante étude, a nettement distingué les hématomes enkystés et les kystes séreux ou kystes vrais de la rate. Ce qui les différencie, c'est l'absence dans le premier cas, la présence dans le second, d'un épithélium à la surface interne de la membrane kystique. La dénomination de kyste

séreux, sanguin, séro-sanguin ne doit pas en imposer; elle n'a, jusqu'à ce jour, servi qu'à la confusion des variétés.

Nous proposons des kystes séro-sanguins de la rate la classification suivante :

1° KYSTES MÉTATRAUMATIQUES (HÉMATOMES ENKYSTÉS)

a) A contenu franchement hématique;

b) A contenu d'apparence séro-sanguine, par suite de la transformation d'un liquide pauvre en hématine.

2° KYSTES VRAIS

a) A contenu franchement séreux;

b) A contenu séro-sanguin, par suite d'une hémorrhagie intrakystique, provenant de la rupture d'un vaisseau de la paroi.

Nous résumons, dans le tableau suivant, les caractères différentiels des deux grandes variétés des kystes simples de la rate.

Hématomes enkystés.

Kystes vrais.

1° FRÉQUENCE

Peu fréquents.

| Excessivement rares.

2° NOMBRE

Toujours uniques.

| Uniques ou multiples et dans ce cas disséminés ou agglomérés.

3° SITUATION

Toujours superficiels, sous-cap-
sulaires ou péricapulaires.

| Superficiels, quelquefois intra-
parenchymateux, augmentent
le volume de la rate, qu'ils
déforment.

4^o VOLUME

Généralement considérables, jusqu'à 8 à 10 litres.	Jamais aussi considérables, noix à œuf de dinde. Volume en raison inverse du nombre.
--	--

5^o FORME

Assez réguliers, lorsqu'ils sont sous-capsulaires. S'ils sont périspléniques, ils épousent la forme de la loge splénique distendue.	Plus ou moins bosselés.
---	-------------------------

6^o CAVITÉ

Toujours uniloculaires.	Uni ou multiloculaires.
-------------------------	-------------------------

7^o PAROI

Membrane fibreuse très dense. De gros vaisseaux peuvent ramper, accolés à la surface extérieure du kyste. La surface intérieure, assez tomentueuse est dépourvue d'épithélium et recouverte de plaques calcaires et de strates fibrineuses.	Membrane blanchâtre, nacrée ou ecchymotique, vasculaire, revêtue d'un épithélium pavimenteux, sur la face interne, qui est lisse. Quelquefois, incrustations calcaires.
---	---

8^o EXAMEN MACROSCOPIQUE DU CONTENU

a) <i>Sanguin</i> ou <i>séro-sanguin</i> , grumeaux fibrineux et débris de pulpe splénique. Liquide épais, quelquefois assez limpide.	a) <i>Séreux</i> ou <i>séro-sanguin</i> , pas de débris de pulpe splénique. Liquide limpide, quelquefois assez visqueux, gélatineux.
---	--

9^o ANALYSE DU LIQUIDE

Constitution complexe, globules sanguins plus ou moins altérés, leucocytes, cristaux de cholestérine, sels minéraux, leucine, présence fréquente d'urée, granulations sanguines et cellules granulo-graisseuses. Densité assez élevée (1030 environ).	Constitution simple des kystes ordinaires, résidus solides, albumine, cellules épithéliales, quelquefois globules sanguins, leucocytes, cristaux de cholestérine. Densité moins élevée (1010-1020).
---	---

10° EVOLUTION

Longtemps stationnaires. Subissent un accroissement tardif qui peut être très rapide.	Accroissement progressif plus rapide à partir d'un certain moment.
---	--

11° PATHOGÉNIE

Enkystement d'un hémato-me.	Pathogénie discutée (Nardi). A. <i>Pour les uns</i> , prennent leur origine dans les vaisseaux lymphatiques par : a) Ectasie (Aschoff, Kühne); b) Néoformation lymphatique (Finck-Otto). B. <i>Pour les autres</i> , sont en rapport avec un étranglement de l'épithélium péritonéal, consécutif à : a) Une rupture microscopique de la rate (Beneke, Ramdohr); b) Une cause inflammatoire [embryonnaire (Renggli et Ribbert), ou post-embryonnaire (Kühne)].
-----------------------------	---

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Les hématomes consécutifs aux ruptures de la rate se traduisent par un ensemble de symptômes peu décrits jusqu'à ce jour. Les divers traités de chirurgie s'étendent à peine sur la symptomatologie des formes subaigues et prolongées de rupture de la rate. Aussi n'est-il pas étonnant que les hémorragies spléniques, lentes ou circonscrites, ne soient pour ainsi dire jamais diagnostiquées. Elles se caractérisent néanmoins par un tableau clinique assez net ; nous les étudierons à deux périodes différentes.

I. — PÉRIODE DE DÉBUT

Cette période, qui suit immédiatement le traumatisme pourrait être encore appelée *période douloureuse*. La douleur est en effet le symptôme qui attire le premier l'attention et domine le tableau clinique dès le début. Suivant son intensité, nous serons en présence d'une forme subaiguë ou d'une forme aiguë.

a) **Forme subaiguë.** — Dans ce cas le blessé accuse quelques phénomènes douloureux assez vagues, rarement

intenses. Il se plaint d'un point de côté siégeant au niveau de l'hypochondre gauche et de la base du thorax. Cette douleur, sourde et contuse, exaspérée par la pression, la toux et les efforts, n'occasionne qu'une gêne respiratoire fort légère. Elle est continue, non paroxystique et entraîne bien rarement l'insomnie. L'état général n'a pas été altéré ; le facies demeure excellent, le pouls subit une modification à peine appréciable, qui est mise sur le compte de la peur, causée par le traumatisme. On pense à une contusion simple de la poitrine ou à une légère fêlure des côtes. Au reste, le malade continue à vaquer à ses occupations ou ne prend qu'un repos éphémère. Au bout de quelques jours, la douleur disparaît, et le souvenir du traumatisme est effacé.

b) **Forme aiguë.** — Dans cette forme, qui traduit une rupture primitive de la capsule, ou une attrition sous-capsulaire d'une certaine étendue, les phénomènes douloureux revêtent une acuité remarquable. Cette douleur, vive, déchirante et d'emblée syncopale, fait chanceler le malade ; elle siége dans la région splénique et présente des irradiations très pénibles vers les lombes et la pointe de l'omoplate du côté gauche ; quelquefois elle prend le caractère de violentes coliques intestinales. Calmée momentanément par le repos au lit, elle peut avoir plusieurs paroxysmes reparaissant dans la même journée, et ayant pour conséquence une insomnie absolue. Cette douleur s'accompagne de quelques lipothymies, qui sont la conséquence d'un phénomène réflexe, dû à l'irritation du plexus solaire. Le malade a une tendance marquée à l'évanouissement et son visage est d'une pâleur frappante. La décoloration précoce des téguments et des muqueuses, qui ne saurait être mise sur le compte d'une hémorrhagie interne encore peu abondante,

est l'effet d'une vaso-constriction périphérique. A ce moment, on pourrait se croire en présence d'une forme grave de la rupture de la rate et d'une véritable inondation péritonéale. Mais les symptômes alarmants ne tardent point à disparaître ; le faciès devient meilleur, la peau se recoloré légèrement, le pouls est moins rapide ainsi que la respiration. La douleur elle-même perd son acuité éphémère et il ne persiste plus qu'un endolorissement vague de toute la région splénique ; le malade se sent mieux, et risque quelques timides mouvements, quelquefois suivis, lorsque la déchirure se fait en plusieurs temps, d'une reprise intense des phénomènes douloureux du début.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT OU D'HÉMATOME CONSTITUÉ

Tandis que les symptômes du début étaient l'expression de la contusion du parenchyme ou de la rupture capsulaire, la seconde période traduit la présence de l'hématome, résultant de la collection de l'épanchement sanguin.

a) **Hématome intrasplénique.** — Cette variété peut ne donner lieu à aucun symptôme. La malade de M. Terrier, examinée plusieurs jours après le traumatisme, qui devait engendrer un kyste sous-capsulaire de la rate, ne présentait rien d'anormal. Cependant, il existe généralement quelques signes, qui peuvent être confondus avec ceux que Verneuil attribuait à la splénite traumatique. La rate augmente rapidement de volume, sans qu'il en résulte une grosse déformation de l'organe, et conserve un peu de mobilité. Elle occasionne une sensation de pesanteur et de

gène dans l'hypochondre gauche ; quelques douleurs s'irradient vers les lombes et la cuisse du même côté.

Cette hypertrophie aiguë de la rate s'accompagne rarement de troubles sérieux de l'état général, si ce n'est d'accès fébriles vespéraux du type quotidien.

b. Hématocèle péricapsulaire. — Lorsqu'elle est constituée, la tumeur sanguine péricapsulaire offre un tel ensemble de symptômes locaux et généraux, qu'on doit la considérer comme une entité morbide bien définie.

1° SIGNES LOCAUX. — A l'inspection, la région de l'hypochondre gauche et la partie correspondante du thorax sont immobilisées et ne semblent pas prendre part aux mouvements respiratoires. Les derniers espaces intercostaux paraissent élargis ; l'échancrure costo-iliaque est devenue moins profonde. Tantôt l'abdomen présente une saillie légèrement globuleuse à gauche de la ligne médiane ; le plus souvent il n'offre aucun « relief indicateur ». La tuméfaction ne se montre pas d'emblée ; généralement elle a été précédée d'une rétraction du ventre, due à la contracture des muscles abdominaux, et nous avons vu que ce phénomène contribuait, dans une certaine mesure, à circonscrire l'épanchement. Souvent une large ecchymose en voie de résolution, siège sur le flanc gauche et empiète sur les lombes.

La palpation, très douloureuse au début, devient relativement indolente, lorsque la contracture musculaire a cessé. Douce, lente, progressive et prolongée, elle permet de délimiter la tumeur, dont les contours sont relativement indécis. Ses limites supérieures et postéro-externes, qui disparaissent sous le thorax et la grosse masse sacro-lombaire, ne sont pas aisément perçues ; il est plus facile de

reconnaître des limites internes et inférieures. En effet, tandis qu'au niveau de la tuméfaction la main rencontre un plan résistant, qu'elle ne peut déprimer, la palpation profonde en dedans de la tumeur permet de juger que la cavité abdominale est libre à ce niveau ; au-dessous elle montre que la fosse iliaque peut être souple. Ce n'est donc pas une tumeur nettement délimitable, que l'on doit s'attendre à trouver, mais plutôt un empâtement profond, de consistance variable et inégale suivant les endroits, dure surtout au niveau de ses bords. Lorsqu'on saisit la tumeur entre les deux mains, l'une abdominale, l'autre lombaire, on perçoit une fluctuation parfois vague et indécise, souvent très nette. Dans les cas très récents, il ne serait pas impossible de percevoir une crépitation neigeuse provoquée par l'écrasement des caillots sanguins. On concevra facilement, qu'il est absolument impossible de mobiliser la tumeur dans aucun sens ; cependant elle semble nettement indépendante de la paroi abdominale.

La *percussion* renseigne souvent mieux que le palper sur l'étendue de la collection sanguine. Peu instructive dans la période de début, difficile à pratiquer en raison de la douleur qu'elle occasionne au moment où la paroi est contracturée, elle donne rapidement une matité absolue au niveau de la tumeur. En avant, cette matité, qui occupe tout l'hypochondre gauche, remonte assez haut sur le thorax et arrive à se confondre avec la matité cardiaque, après avoir effacé complètement l'espace sonore de Traube. Elle n'empiète guère à droite de la ligne médiane, du moins dans les hématoécèles récentes. La fosse iliaque restée partiellement sonore est, ainsi que le reste de l'abdomen, le siège d'un léger tympanisme. Examiné dans le décubitus latéral droit, le malade offre une zone de matité ininter-

rompue, s'étendant sur son côté gauche depuis la 5^e ou la 6^e côte jusqu'aux environs de la crête iliaque. La limite supérieure de cette matité est convexe en haut, sa limite inférieure légèrement concave ou rectiligne. Quelle que soit la position du malade, l'aire de cette matité reste fixe et ne subit aucun déplacement.

L'*auscultation* du poumon gauche nous montre une disparition complète du murmure vésiculaire sur toute l'étendue de la matité thoracique; quelques légers frottements pleuraux peuvent être perçus immédiatement au-dessus de la zone muette.

Le *toucher rectal* et le *toucher vaginal*, s'il y a lieu, donnent des renseignements négatifs; le petit bassin reste libre, ou bien la minime quantité de sérosité, qu'il peut contenir est inappréciée par ces moyens d'investigation.

La *ponction exploratrice*, toujours périlleuse, a pu dans certains cas déterminer de graves accidents; elle renseigne sur la constitution hémétique du contenu.

Sur la *radiographie*, la collection sanguine est dessinée par une tache noire opaque, qui donne une idée assez exacte de son étendue et de sa forme.

2° SIGNES GÉNÉRAUX. — Les phénomènes généraux, qui forment le cortège de l'hématocèle périsplénique constituée, sont souvent moins alarmants que ceux de la période de début. Nous avons noté la disparition plus ou moins complète et intermittente de la douleur. Le malade, se sentant soulagé, quitte le lit et il essaie — combien difficilement — de reprendre ses occupations. Mais le plus souvent la réaction péritonéale se manifeste bientôt par des symptômes bruyants, qui l'obligent encore à prendre momentanément un repos absolu. La douleur revient de nouveau plus aiguë et toute la partie gauche du ventre pré-

sente une sensibilité assez vive ; l'estomac tolère mal les aliments. Quelquefois même apparaissent des nausées suivies de vomissements ; l'intestin se paralyse et il n'y a plus aucune émission de gaz ni de matières. Les premières voies digestives présentent un état saburral très marqué et l'anorexie devient absolue. La présence de la tuméfaction au voisinage du diaphragme provoque une certaine dyspnée ; par contre, il est bien rare d'observer des troubles de la sécrétion urinaire. Le pouls s'accélère légèrement vers le soir. Ces symptômes péritonéaux ne revêtent jamais une très grande intensité et sont rapidement calmés par le repos.

On observe des poussées successives dans l'intervalle desquelles le malade peut se lever et s'occuper à des travaux peu fatigants. A ce moment encore persistent des douleurs dans la région splénique provoquées par le mouvement et les efforts.

Un dernier fait est remarquable par sa précocité et sa fréquence notées dans nombre d'observations : c'est l'amaigrissement et l'affaiblissement rapides du malade. Avec un état local qui n'a rien d'alarmant, il maigrit, reste pâle, dort et digère mal, devient nerveux et ne semble pas devoir se relever d'une anémie, qui a commencé avec le traumatisme. A moins que l'augmentation rapide de la tumeur ne devienne inquiétante, le malade et son entourage ne s'émeuvent point d'une telle situation, quand de terribles complications viennent quelquefois subitement donner l'alarme.

CHAPITRE V

EVOLUTION CLINIQUE ET COMPLICATIONS DES HÉMATOMES SPLÉNIQUES. ACCIDENTS SECON- DAIRES ET TARDIFS DES RUPTURES DE LA RATE.

Les hématomes consécutifs à la contusion ou à la rupture de la rate peuvent se résorber lorsqu'ils sont minimes. Il est probable que, parmi les cas constatés de déchirures cicatrisées de la rate, un certain nombre se sont accompagnées tout d'abord d'un léger épanchement, disparu lors de la nécropsie. Dans ce cas, la collection sanguine fort bien tolérée n'a donné lieu qu'à une réaction minime de la part des tissus environnants, et tout le sang épanché a pu être résorbé. Cette disparition spontanée est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit, ces faits passant le plus souvent inaperçus. D'autre part, les hématomes sont quelquefois l'origine d'accidents, qui peuvent apparaître à brève ou longue échéance après les contusions de la rate.

1. — LES GRANDES HÉMORRHAGIES SECONDAIRES

On ne peut pas dire que le malade qui, au début, a échappé à l'hémorrhagie, ne se trouve plus exposé à cette

terrible complication (Brandstetter . Ces hémorrhagies secondaires, pour être tardives, ne sont pas les moins graves et doivent faire réserver le pronostic des contusions de la rate, même en l'absence de symptômes immédiats alarmants. Elles surviennent généralement du troisième au septième jour, sont quelquefois plus précoces et se montrent plus rarement après le quatorzième jour. Dans les observations, que nous avons recueillies, les accidents d'anémie suraiguë sont toujours apparus dans les deux premières semaines :

3 fois au 5^e jour (Conway, Demoulin, Pitts et Balanço);

1 fois au 7^e jour (Cohn);

1 fois au 13^e jour (L. Mayer);

1 fois au 14^e jour (Chaumel).

Ces hémorrhagies secondaires doivent être distinguées des hémorrhagies primitives, qui, s'opérant lentement, quoique d'une façon continue et progressive, n'amènent des symptômes évidents d'anémie qu'au bout d'un certain nombre d'heures. Dans ce cas, l'état du sujet s'aggrave progressivement, tandis que les hémorrhagies tardives compromettent brusquement la situation au moment même, où le malade commence à se trouver mieux. A la suite du traumatisme, il n'a ressenti qu'une douleur légère, ou bien encore il a présenté des symptômes, qui ont un moment jeté l'alarme; mais rapidement, sous l'influence du repos, tout est rentré dans l'ordre, et il ne persiste plus qu'un vague endolorissement de l'hypochondre gauche.

Tout à coup, à l'occasion d'un léger effort, le malade ressent une douleur déchirante, pâlit et s'affaisse; son visage se recouvre d'une sueur froide, la respiration devient

imperceptible et la mort survient brusquement par syncope. C'est ainsi qu'une hémorrhagie tardive emporta les malades de Chaumel et de L. Mayer, treize jours après un traumatisme de la rate.

Cependant les symptômes sont loin d'avoir toujours une telle brusquerie. Vers le quatrième ou le cinquième jour qui suivent le traumatisme, le malade, qui se trouvait déjà très amélioré, ressent une sensibilité vive, d'abord localisée au côté gauche, bien vite disséminée dans tout l'abdomen. Il est pris de quelques nausées suivies parfois de vomissements ; les gaz se suppriment. Alors le ventre se ballonne, l'hypochondre gauche, difficilement exploré en raison de la contracture musculaire, devient le siège d'un empâtement, qui croît dans d'inquiétantes proportions. Au bout de quelques heures la contracture abdominale s'est généralisée, à moins que tout le ventre n'apparaisse distendu. La percussion, qui réveille une vive hyperesthésie cutanée, ne permet pas toujours de constater l'étendue de la matité. Alors le facies du malade est grippé, les yeux se cerclent, les vomissements se renouvellent abondants, verdâtres ; la respiration s'accélère et le pouls devient d'heure en heure plus rapide et plus fuyant. On croit se trouver en présence d'une péritonite généralisée de cause difficile à déterminer ; mais la pâleur du malade devenu exsangue, son état syncopeal, qui lui donne la sensation d'une mort imminente, doivent faire songer à la possibilité d'une grave hémorrhagie dans le péritoine. Et, sauf de rares exceptions, la mort survient en quelques heures ou en un jour, si l'on n'a hâte d'intervenir.

Ainsi, les hémorrhagies secondaires au cours des ruptures de la rate surviennent à l'improviste, à un moment où on ne les attend guère. Plus elles sont tardives, plus elles sont

traîtresses et redoutables. Elles aboutissent le plus souvent à une véritable inondation péritonéale; d'autrefois elles se circonscrivent à leur tour. C'est ce qui vraisemblablement eut lieu chez le malade de M. Morestin : trois jours après avoir reçu un coup dans la région de la rate, il perçut, à l'occasion d'un effort, une douleur vive à ce niveau et se sentit défaillir; mais cette hémorrhagie secondaire n'aboutit qu'à la formation d'une volumineuse hématocele péri-splénique. Nous avons vu, du reste, que c'est par le mécanisme de l'hémorrhagie plus ou moins tardive, que se forment les hématoèles péri-spléniques consécutives aux ruptures secondaires de la rate.

La cause des hémorrhagies tardives est facile à saisir, lorsque l'on a présente à l'esprit la pathogénie des hématomes traumatiques de la rate.

Trois causes ont contribué à circoncrire l'épanchement et à produire une hémostase spontanée plus ou moins durable :

1° La résistance de la capsule, dans les hématomes sous-capsulaires.

2° La solidité des adhérences, dans les hématoèles péri-spléniques primitives.

3° La présence d'un caillot, dû au ralentissement de l'hémorrhagie par une cause anatomique (épiploons) ou physiologique (contracture réflexe) dans les ruptures primitives de rate non adhérente.

Que ces causes disparaissent sous l'influence d'un effort, d'un nouveau choc, ou de la poussée sanguine, l'hémostase provisoire est détruite, et l'hémorrhagie secondaire apparaît avec toute sa gravité.

II. — COMPLICATIONS INFECTIEUSES. HÉMATOMES SUPPURÉS

Indépendamment des phénomènes inflammatoires qui traduisent la réaction péritonéale, les hématomes de la rate peuvent être le siège d'accidents infectieux, qui apparaissent lorsque le malade est presque à l'abri des grandes hémorrhagies tardives et aboutissent fréquemment à la suppuration. Besnier rapporte trois exemples de ces suppurations de la loge splénique survenues un certain temps après un traumatisme de la rate. Depuis lors, plusieurs observations de ce genre ont été enregistrées par Gunther, Hartmann, Lejars, Bardenheuer, Karewski et divers auteurs. Les phénomènes infectieux se montrent rarement avant le dixième jour après la contusion ; mais ils peuvent survenir beaucoup plus tardivement. Les hématomes qui furent incisés par M. Lejars au dixième jour et par Bardenheuer au onzième jour, étaient déjà en voie de suppuration ; mais c'est seulement au bout de trois semaines que Riddle-Goffe constata la présence d'un phlegmon péri-splénique. La transformation purulente paraît avoir été encore plus tardive chez la fillette de Karewski ; enfin, dans l'observation de Kerkring, l'abcès de la rate ne s'évacua dans le tube digestif que trois années après le traumatisme. En général, les phénomènes infectieux apparaissent sous des influences mal déterminées ; les marches, le surmenage, les efforts, le refroidissement paraissent dans quelques cas avoir précédé l'éclosion des accidents.

Suivant que la suppuration se déclare dans un hématome sous capsulaire de la rate ou dans une hémato-cèle de voisinage, on se trouve en présence du tableau clinique

des abcès traumatiques de la rate ou du phlegmon péri-splénique.

1° *Abcès traumatiques de la rate.* — Ces abcès apparaissent insidieusement et sont caractérisés au début par des phénomènes assez vagues. Une sensibilité spontanée plus ou moins obscure se montre dans l'hypochondre gauche et s'accompagne d'exacerbations douloureuses occasionnées par la pression, la toux les efforts, les mouvements brusques et les respirations profondes. Cependant l'état général s'altère ; un mouvement fébrile apparaît le soir, précédé de frissons et suivi de sueurs profuses, rappelant quelquefois par sa tenacité une fièvre intermittente du type quotidien. L'appétit disparaît, les fonctions digestives deviennent languissantes. Alors le malade maigrit et se cachectise en un clin d'œil ; sa peau devient terreuse et sèche. L'examen local fait constater à travers une paroi légèrement contracturée une masse empâtée et douloureuse, qui semble être la rate hypertrophiée. Mais généralement le diagnostic est encore indécis, lorsque l'hématome suppuré de la rate s'ouvre dans un viscère, la grande cavité péritonéale ou la loge péri-splénique.

2° *Hématocèle péri-splénique suppurée (abcès sanguin sous-phrénique gauche).* — Lorsque le phlegmon succède d'emblée à une hématocèle péri-splénique, les accidents commencent brusquement par un point de côté dans l'hypochondre gauche, bientôt suivi d'une réaction assez intense de tout l'abdomen. L'état général devient vite inquiétant : la température s'élève, accompagnée de grands frissons et de sueurs profuses ; les vomissements peuvent apparaître d'abord alimentaires, ensuite porracés ; le facies du malade se grippe et l'on pense de suite à la péritonite généralisée. Cependant deux symptômes très marqués

attirent l'attention vers l'hypochondre gauche ; nous avons nommé la douleur et la gêne fonctionnelle. Dominant l'hyperesthésie de tout l'abdomen, un point de côté intense, siégeant sur la partie inférieure gauche du thorax, incommode le malade, qui le perçoit tantôt latéralement, tantôt en arrière. Souvent la palpation méthodique détermine un point, où la douleur est maxima. Celle-ci a pour corollaire une immobilisation absolue de la partie correspondante du thorax et de l'abdomen ; aussi la respiration devient-elle légère et superficielle, accompagnée quelquefois d'accès d'oppression et d'un hoquet très pénible. L'exploration physique, pratiquée à ce moment, fait constater un empâtement profond localisé à la région splénique, difficile à délimiter. Les veines superficielles ont subi une légère dilatation et, sous la peau chaude, œdémateuse, les muscles sont rigides et contracturés. La douleur, que réveille toute pression même légère, s'oppose à une investigation profonde et prolongée. La percussion dénote une matité assez nette, dont l'étendue est en rapport avec le volume de l'abcès.

En somme, les signes caractéristiques de la transformation purulente des hématoécèles périsspléniques sont au nombre de-trois :

1° L'aggravation de l'état général (apparition de fièvre, frissons, sueurs) ;

2° La réapparition de la douleur, localisée à l'hypochondre gauche et suivie de l'hyperesthésie superficielle de la région.

3° L'élévation locale de la température cutanée, accompagnée d'œdème de la peau et de dilatation veineuse superficielle

Que le phlegmon périssplénique succède à une hémato-

cèle ou à un abcès traumatique de la rate, il évolue de deux manières différentes. Tantôt, les accidents sont si aigus, qu'une intervention d'urgence s'impose. Plus souvent, l'orage du début s'apaise et la marche du phlegmon périsplénique devient relativement insidieuse. La douleur et les troubles fonctionnels qu'elle entraîne, diminuent, tandis que le sujet, toujours fébrile, continue à se cachectiser. Dans ce cas le sang collecté devenu purulent, abandonné à lui-même, cherche à se frayer une issue. Il se comporte comme les suppurations périspléniques en général, dont les migrations sont bien étudiées dans le mémoire de Grand-Moursel. Le pus s'ouvre à la peau, dans le péritoine ou dans un organe voisin,

III. ACCIDENTS TARDIFS. LES KYSTES MÉTATRAUMATIQUES DE LA RATE

Avec les *tumeurs fibrineuses*, dont l'histoire, jusqu'à ce jour, se réduit à la seule observation de notre maître M. Routier (Obs. LIX), les *kystes métatraumatiques* résument les accidents tardifs des contusions de la rate. Ces kystes, résultant, comme nous l'avons vu, d'un lent travail de réaction des tissus autour de l'hématome, ont, au début, une évolution tout à fait latente. Souvent, c'est plusieurs années après un traumatisme depuis longtemps oublié, que les sujets constatent l'existence de la tumeur. La malade de M. Terrier, qui s'observait fort bien, s'aperçut rapidement de l'augmentation de volume de son côté gauche; mais, pendant trois ans, l'opérée de M. Lejars ne remarqua rien d'anormal. De même la malade d'Heurtaux,

qui avait constaté une grosseur au niveau de son flanc gauche, contusionné un an auparavant, ne s'en inquiéta pas pendant sept ans, car elle n'en ressentait aucune gêne.

Ce développement lent et insidieux du début, et la rapidité avec laquelle les accidents apparaissent à un moment donné, caractérisent l'évolution des kystes métatraumatiques de la rate. Arrivés à leur complet développement, ils présentent un certain nombre de symptômes, bien décrits par les auteurs qui les ont observés.

La *vue* est frappée par la déformation de la partie gauche du thorax et de l'abdomen. La moitié inférieure de la cage thoracique est élargie de ce côté, déjetée en dehors. Séparée de la moitié supérieure par une dépression en « coup de hache », elle ne prend point part aux mouvements de la respiration. La direction des côtes inférieures se rapproche de l'horizontale, et le sternum paraît dévié à gauche. Du côté du ventre, la déformation est encore plus manifeste. Une énorme voussure, qui semble continuer la précédente, soulève l'hypochondre gauche, efface l'échancrure costo-iliaque et fait bomber la région des lombes. Souvent, elle semble se continuer avec une seconde voussure médiane, siégeant aux environs de l'ombilic, et dont elle est séparée par la dépression, que détermine le passage du muscle grand droit sur la tumeur. La peau qui recouvre la tuméfaction peut être le siège de vergetures et de circulation collatérale.

Palpant cette tumeur, la main en apprécie les limites. En dedans, elle perçoit facilement un rebord régulier et mousse, sur lequel la paroi abdominale se mobilise ; en bas, elle reconnaît quelquefois, en s'insinuant, que le kyste est nettement au-dessus du détroit supérieur du bassin ; mais, dans certains cas, il paraît plonger dans l'excavation et une

telle disposition est bien propre à égarer le diagnostic. En avant, en dehors et en arrière, la main sent que la tumeur est en contact immédiat avec la paroi qu'elle soulève. Mais, en haut elle rencontre le plan thoracique, et cette barrière ne lui permet pas de contourner le pôle supérieur de la tuméfaction. Tout au plus, peut-elle constater la disparition des vibrations vocales, dans toute la partie du thorax qui est élargie.

Lorsque le kyste est arrivé à de telles dimensions, il n'a pas conservé la moindre mobilité. Seuls, les kystes sous capsulaires et peu volumineux peuvent encore garder de légers mouvements de latéralité. Dans toute son étendue, la tumeur est résistante et des zones de fluctuation franche alternent avec des zones de rénitence. C'est aux endroits les plus distendus, que cette fluctuation est surtout manifeste. Elle se transmet d'une main à l'autre entre les points les plus éloignés ; aussi bien dans la région lombaire qu'au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen, on perçoit les vibrations imprimées au liquide par le moindre choc. C'est dire qu'aucune cloison ne sépare la cavité kystique.

La *percussion* donne sur toute l'étendue thoracique et abdominale de la tumeur une matité absolue ; et l'*auscultation* montre au niveau de la matité thoracique une absence complète de murmure vésiculaire. Par les *touchers rectal et vaginal* (s'il y a lieu), on constate l'absence de connexions avec les organes du petit bassin.

Ayant acquis un tel développement, le kyste de la rate peut encore ne s'accompagner d'aucun trouble fonctionnel ni d'aucune altération de l'état général. Néanmoins, le malade est alors le plus souvent cachectisé, et les accidents ne se font plus attendre.

Accidents des kystes métatraumatiques.

1° PÉRITONITE DE VOISINAGE. — L'évolution des kystes s'accompagne généralement d'une légère réaction péritonéale, qui survient par poussées. Lorsque cette réaction revêt une intensité inaccoutumée, on voit survenir des symptômes inquiétants, qui déterminent le malade à se faire opérer.

2° SUPPURATION DU KYSTE ET OUVERTURE DANS LES ORGANES VOISINS. — Relativement rare lorsque les kystes sont anciens et protégés par une membrane épaisse, la suppuration survient d'une façon inattendue et s'accompagne de symptômes généraux graves. Le pus subit des migrations analogues à celles des abcès traumatiques. La complication la plus redoutable est l'ouverture du kyste dans le péritoine.

3° AUGMENTATION SUBITE DE VOLUME ET ACCIDENTS DE COMPRESSION. — L'augmentation rapide du volume, survenant brusquement au cours d'une évolution d'abord lente et bénigne, est un des principaux caractères du développement des kystes métratraumatiques. Cet accroissement tardif, dont nous avons autre part recherché les raisons, ne se produit pas sans déterminer une irritation de voisinage et des symptômes de compression sur les organes voisins.

Le tube digestif est le premier gêné dans son fonctionnement ; l'appétit est perdu, les digestions deviennent difficiles. Dans certains cas, le cours des matières est complètement suspendu, et apparaissent les signes de l'occlusion intestinale. Une complication mortelle, mais heureusement

fort rare, est la rupture de l'estomac signalée par Chavier (Obs. XXXVIII). La circulation de la veine cave est quelquefois entravée, et cette gêne circulatoire a pour corollaire l'œdème des membres inférieurs noté dans l'observation de Schalite (Obs. XXXIII). Les troubles dyspnéiques ne se font pas attendre et constituent un des premiers symptômes du refoulement diaphragmatique. Le cœur lui-même se ressent de la compression et devient le siège de palpitations quelquefois suivies de phénomènes asystoliques. Enfin les douleurs névralgiques, occasionnées par les compressions nerveuses, s'ajoutent à tant de symptômes si pénibles et ne laissent pas une minute de répit au malade. L'état général devient rapidement précaire et favorise l'éclosion de maladies intercurrentes, qui emporteront le malade, à moins qu'une intervention hâtive ne l'ait déjà mis à l'abri d'une terminaison funeste.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

I. — DIAGNOSTIC DES HÉMATOMES DE LA RATE

Dans la plupart des cas, les hématomes, qui succèdent aux traumatismes de la rate, restent ignorés. Eug. Collin, dont les travaux sur ce sujet font autorité, avait très humblement qu'il n'avait jamais *ce qu'on appelle diagnostiqué* la rupture de la rate. « Je n'ai pu, disait-il, que la soupçonner, malgré les faits de ce genre, que j'avais été à même d'observer antérieurement. » Commentant cette phrase de Collin, le professeur Vincent ajoutait : « Si les difficultés sont telles dans les cas graves de déchirures spléniques, alors que l'attention est attirée par un ensemble de phénomènes formidables, conçoit-on combien elles doivent être plus grandes encore, lorsque les lésions sont moins étendues, que l'épanchement sanguin est plus limité, et que les symptômes sont plus atténués. » C'est qu'au moment où, après le traumatisme, l'hématome se collecte, il n'existe que des phénomènes atténués ou fugaces, qui ne sont pas en rapport avec la gravité de la lésion. Devant des symptômes d'une bénignité relative, on n'ose penser à une déchirure splénique ; alors l'attention est attirée du côté de la paroi et du plan costal. Tout au

plus, veut-on croire à une réaction inflammatoire légère et localisée du péritoine ou de la rate, à un épanchement pleural (Barrallier), et on laisse saigner la déchirure et se collecter l'hématome, sans se douter du danger qui menace le malade.

Lorsque l'hématome est intrasplénique, et de peu d'importance, il peut fort bien passer inaperçu. Cependant, si l'on y regarde de près, il est un certain nombre de signes, dont l'ensemble peut mettre sur la voie du diagnostic. Il faut d'abord interroger consciencieusement le blessé et rechercher s'il n'a point dans ses antécédents une maladie qui a touché sa rate, et l'a prédisposée aux ruptures. Cela fait, découvrant la région traumatisée, on regarde si elle n'est point le siège d'ecchymoses ; aussi exactement que possible, on cherche à délimiter la zone douloureuse, souvent accompagnée de contracture localisée des muscles sous-jacents. Si l'hypochondre gauche est en outre le siège d'une matité franche, remontant sur le thorax, il y a les plus grandes probabilités pour que le viscère qu'il renferme soit lésé. Au reste, le malade a souvent conservé depuis son accident une légère accélération du pouls et de la respiration, ainsi qu'une certaine pâleur du visage, qui, pour être peu marquées, n'en sont pas moins l'indice d'une petite hémorrhagie interne. Bientôt, si l'on se méfie et si l'on a soin de suivre le malade, on verra la tuméfaction s'accroître ; l'anémie du sujet se sera encore accentuée ; il présentera le facies et l'habitus qui, pour certains auteurs, caractérisent « l'ulcère splénique ». Dès lors, le diagnostic s'impose.

Dans d'autres circonstances, c'est l'apparition d'une suppuration profonde, localisée à l'hypochondre gauche, qui appelle l'attention. On ne pourra songer à la possibilité

d'un hématome suppuré de la rate, que si l'éclosion des accidents infectieux a été précédée d'un traumatisme de la région splénique. La plupart du temps, c'est par l'ouverture de l'abcès que se fait le diagnostic.

II. — DIAGNOSTIC DES KYSTES MÉTATRAUMATIQUES

Si l'on voulait établir d'une façon complète le diagnostic différentiel des kystes métatraumatiques de la rate, il faudrait passer en revue toutes les tumeurs de l'abdomen et du thorax. Une si longue digression nous amènerait forcément à sortir de notre sujet. Nous voulons simplement rechercher les caractères principaux de ces tumeurs liquides de la rate et insister sur les erreurs de diagnostic, qui ont été le plus souvent commises.

Tant qu'ils sont petits et qu'ils ne causent aucune gêne, les kystes de la rate sont méconnus, à moins qu'on ne les recherche de parti pris. Devenus volumineux, ils sont, le plus facilement du monde, confondus avec les kystes des organes voisins ; car, s'il est aisé de reconnaître qu'une tumeur occupe la région splénique, il n'en est pas de même, lorsqu'il s'agit de dire, si elle siège dans la rate ou dans un autre viscère. C'est ainsi que les kystes de la rate ont pu être confondus avec des kystes hydatiques ou non émanés du lobe gauche du foie, de la queue du pancréas, du mésentère ou de l'épiploon gastro-splénique, avec un cancer diffus de l'estomac ou de l'épiploon, avec un volumineux abcès ossifluent. Mais c'est avec les tumeurs du rein gauche que le diagnostic présente les plus grandes difficultés, lorsque le kyste splénique reste cantonné à

l'hypochondre gauche et fait saillie, comme il arrive souvent à la région lombaire. Péan (cas de Quintard), Crédé, commencent leur intervention sans savoir au juste s'ils rencontreront un kyste de la rate ou du rein. Coville, persuadé qu'il est en présence d'une hydronéphrose, aborde la tumeur par l'incision de Guyon. Dans son traité des tumeurs de l'abdomen, Péan a beaucoup insisté sur les difficultés du diagnostic entre les kystes de la rate et ceux du rein gauche. Dans une observation qu'il cite, Michon avait pensé à un kyste splénique survenu chez une jeune femme, quand des troubles urinaires vinrent démontrer qu'il s'agissait d'un kyste rénal. Nélaton a rapporté le cas d'un médecin portugais, paludéen, qui succomba aux suites d'un volumineux abcès, qu'on avait cru provenir de la rate; l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une pyonéphrose calculeuse, bien qu'il n'y eut jamais aucun symptôme d'infection des voies urinaires. C'est que les tumeurs de la rate et celles du rein gauche ont la même apparence, lorsqu'elles sont volumineuses et ne peuvent être distinguées.

Lorsque le kyste splénique a contracté des connexions pelviennes, il peut être confondu avec certaines tumeurs volumineuses, qui ont pris leur origine dans le petit bassin, avant de devenir abdominales. Péan pratiqua sa première splénectomie chez une jeune fille qui présentait les symptômes d'un kyste ovarien. Les tumeurs ovariennes qui s'élèvent vers la rate sont, en effet, beaucoup plus fréquentes que les kystes de la rate descendant vers le pelvis. Sans doute, on sait que l'un a un rebord supérieur toujours perceptible et délimitable, alors que l'autre disparaît sous le rebord costal de la coupole diaphragmatique. Le kyste splénique a une évolution plus thoracique que pelvienne ;

il se développe de haut en bas, alors que l'autre suit un accroissement inverse. Quoiqu'il en soit, le diagnostic est parfois fort difficile, et Heurtaux eut soin de sonder sa malade, pour s'assurer qu'une vessie distendue ne l'induisait point en erreur, tandis qu'un examen gynécologique complet lui montrait qu'elle n'était pas enceinte.

Enfin, c'est avec une pleurésie que sera souvent confondu le kyste splénique, dont la tendance à soulever le diaphragme est la source de troubles dyspnéiques fort marqués. Le médecin, qui soigna la malade opérée dans la suite par M. Lejars (obs. XXXVII), avait au début pensé une à pleurésie diaphragmatique, et, à ce moment, le diagnostic présentait de réelles difficultés. D'une façon générale, il est classique de dire, que le liquide pleural, accumulé plus rapidement, est limité supérieurement par une ligne concave en haut, que le maximum de matité est en arrière du thorax, et que le contraire s'observe dans le cas de kyste de la rate. Le diagnostic ne saurait rester longtemps hésitant, si l'on a soin d'explorer en même temps l'abdomen, car la tumeur splénique descend toujours à un niveau inférieur, que ne saurait atteindre l'épanchement pleural le plus volumineux. La ponction exploratrice, tentée par beaucoup d'auteurs, ne donne d'indications précises, que si l'on a soin de pratiquer un examen complet du liquide. On ne saurait se fier aux apparences macroscopiques de celui-ci. Si dans les kystes métatraumatiques il est presque toujours hématique, il ne faut pas oublier que, dans les cas anciens, il peut avoir perdu sa coloration rouge et que, d'autre part, le contenu des kystes simples ou de collections voisines peut être devenu franchement hémorrhagique.

Quoiqu'il en soit, métatraumatiques ou non, les kystes

de la rate n'ont point de caractères propres ; ils ne présentent à l'examen que des manifestations symptomatiques banales des collections liquides de la région splénique. Leur diagnostic ne peut être établi que par voie d'élimination, « et à l'aide de la comparaison raisonnée de l'ensemble des symptômes locaux et généraux, que l'on observe avec les divers complexus symptomatiques propres aux autres affections du même organe » (Besnier). C'est ainsi que seront éliminées les hypertrophies de la rate de diverses natures.

A côté de la maladie, il faut considérer le malade, et l'étude des commémoratifs est de la première importance. On doit rechercher s'il n'y a pas, dans les antécédents du malade, une cause d'altération splénique, et un traumatisme de l'hypochondre gauche. Ces deux notions fondamentales donneront l'éveil et mettront sur la voie d'un diagnostic, dont on peut dire que, « pour le faire, il suffit souvent d'y songer ».

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Le pronostic des ruptures de la rate fut, pendant longtemps, considéré comme absolument funeste. La mort était la conséquence inévitable d'une hémorrhagie profuse dans le péritoine. Collin, lui-même, qui avait observé les épanchements sanguins circonscrits par des adhérences, ne faisait aucune restriction sur leur gravité « Si j'osais, disait-il, entrevoir la possibilité d'une guérison, ce ne serait certes que dans les cas de rupture splénique avec hémorrhagie bornée par des adhérences, et confinée dans une portion de l'hypochondre gauche. On n'a pas alors à redouter l'effet des pertes de sang excessives, ni l'éclosion immédiate d'une péritonite générale. Et pourtant, dans les deux observations de ce genre que j'ai rapportées, la mort a eu lieu par suite de complications ultérieures. Ce sont donc encore là des cas désespérés ». Dans un mémoire, très documenté, paru dans la *Revue de chirurgie* de 1893, le professeur Vincent, d'Alger, atténua, dans une certaine mesure, la rigueur d'un tel arrêt : « La fatalité du pronostic a été exagérée, écrivait-il, parce qu'un diagnostic insuffisant laisse échapper à l'observation un certain nombre de faits, qui se terminent par la guérison ». Néanmoins, nous

avons vu que les sujets, atteints de ruptures de la rate, qui ont survécu à l'hémorragie du début, ne sont pas à l'abri des « hémorragies traîtresses », capables d'entraîner une mort rapide, ni des graves accidents secondaires et tardifs. Même, en l'absence de symptômes alarmants immédiats, le pronostic des traumatismes de l'hypochondre gauche doit être excessivement réservé.

Peut-on espérer que les progrès de la thérapeutique puissent, dans une certaine mesure, diminuer la gravité des ruptures de la rate et en modifier le pronostic ? Lorsque les accidents suivent de près le traumatisme, la mort survient avec une grande rapidité, sans donner le temps de pratiquer l'hémostase rapide, qui pourrait sauver la situation. Heureusement, une telle rapidité n'existe pas au cours des hématomes et des hémorragies lentes de la rate, et le chirurgien aurait tout le loisir de pratiquer une intervention efficace, si, la plupart du temps, il n'ignorait la lésion. C'est cette difficulté du diagnostic précoce des hémorragies atténuées de la rate, qui crée le danger, empêche l'intervention et donne à tous une sécurité trompeuse, que vient quelquefois démentir une mort aussi brusque qu'inattendue. Aussi faut-il être circonspect lorsqu'on se trouve en présence d'une contusion de l'hypochondre gauche, et se tenir prêt à toute éventualité, lorsque des accidents précoces ne nous auront pas poussés à une action immédiate. A cette seule condition, la rigueur du pronostic peut se trouver atténuée.

Les accidents infectieux qui surviennent secondairement et sont la conséquence de la transformation purulente d'hématomes méconnus, sont d'une certaine gravité. L'intervention précoce pourra seule amener la guérison. Nous avons suffisamment parlé des accidents, qui compliquent

le kyste métatraumatique, pour qu'il soit nécessaire d'insister à nouveau sur leur gravité. Dans ce cas, l'intervention seule est capable de modifier le pronostic.

La conclusion de ces courtes considérations est que les ruptures de la rate, abandonnées à elles-mêmes, ont un pronostic excessivement grave, mais non absolument fatal, comme le voulait E. Collin.

La difficulté du diagnostic de ces ruptures au début, lorsqu'elles n'aboutissent qu'à la formation d'hématomes, aggrave la situation, en ce sens qu'elle donne une sécurité trompeuse et retarde une intervention qui serait dans ce cas presque toujours salutaire. Que les accidents soient précoces ou tardifs, ils sont justifiables d'un traitement opératoire qui, de nos jours, a considérablement diminué la léthalité des traumatismes de la rate.

CHAPITRE VIII

INDICATIONS ET NATURE DU TRAITEMENT

I. TRAITEMENT DES HÉMATOMES CONSÉCUTIFS A UN TRAUMATISME RÉCENT

Collin et après lui Besnier étaient arrivés à cette conclusion, qu'il n'y avait pas de traitement des ruptures vraies de la rate, et toute leur thérapeutique se bornait à l'application de quelques moyens médicaux anodins. Ce jugement, porté il y a cinquante ans, a été totalement modifié par les progrès de la chirurgie contemporaine, et de nos jours, les cas de ruptures de la rate, guéris par l'intervention chirurgicale précoce, sont déjà fort nombreux. Or, c'est précisément lorsque l'hémorrhagie se collecte et aboutit à la formation des hématomes, que ce traitement chirurgical est efficace. Alors, le chirurgien n'est plus surpris par la brusquerie des phénomènes, et, s'il est guidé par un diagnostic sûr et précoce, il aura tout le temps de faire, dans de bonnes conditions, une œuvre salulaire.

Cependant lorsque le diagnostic difficile de rupture de la rate a pu être établi, au milieu de symptômes latents ou subaigus, le chirurgien se trouve fort perplexe, car, s'il craint que son abstention ne soit suivie des pires consé-

rupture de la rate, est propre à jeter un trouble dans l'esprit du chirurgien ; et il se demande si une intervention précoce n'évitera pas bien des ennuis futurs. A notre avis, dans ce cas, il doit encore se laisser guider par les circonstances. L'hématome est-il de médiocre importance, ayant une tendance naturelle à la résolution, spontanée, qu'il attende pour opérer ! Mais d'autre part, si la tuméfaction est notable, et persiste indéfiniment avec un volume égal, si elle reste stationnaire sans paraître diminuer de grossueur, il ne doit pas espérer une résolution qui ne surviendra plus. Aussi une quatrième indication commande l'intervention au cours des hématomes d'origine splénique, c'est *l'état stationnaire de la tuméfaction*. Dans ce cas, nul accident ne presse ; l'opération, qui se fait « à tête reposée », n'est pas entourée d'insurmontables difficultés, le succès est dès lors assuré.

B. Les interventions qui se pratiquent au cours des hématomes intraspléniques ou pérисpléniques, consécutifs aux hémorragies traumatiques de la rate, ont un premier BUT, qui est d'évacuer la collection sanguine, infectée ou non. Les malades débarrassés de « ce corps étranger liquide » sont immédiatement soulagés et la guérison peut survenir sans accidents à la suite d'une simple *évacuation*. Il en fut ainsi chez les deux malades de MM. Vincent (obs. IV) et Lejars (obs. XXIX). Dans ces deux cas, l'hémorragie ne se reproduisit plus, car l'hémostase s'était faite spontanément, d'une manière définitive. Mais on doit, avant de refermer le ventre, s'assurer que la rate ne saigne plus et ne peut plus saigner. Lorsque l'examen de la déchirure splénique montre la persistance d'un suintement sanguin, si léger soit-il, l'opération évacuatrice doit toujours se compliquer d'une *opération hémostatique*.

C. — NATURE ET VALEUR DES INTERVENTIONS

a) *Interventions évacuatrices.* — La ponction aveugle avec l'aspirateur Potain ou Dieulafoy doit être absolument rejetée. Outre qu'elle ne permet de retirer — et fort incomplètement, — que la partie liquide du sang épanché, elle laisse subsister des doutes sur l'état de la rate et la production d'une hémostase durable. L'incision du foyer, au contraire, permet l'évacuation complète du contenu, le nettoyage parfait des parois et la vérification des déchirures spléniques. Elle n'est pas seulement thérapeutique, mais encore exploratrice ; permettant au chirurgien de saisir toutes les indications, elle lui donne seule une tranquillité parfaite. Elle est enfin le premier temps obligatoire de l'opération hémostatique, lorsque celle-ci devient nécessaire.

b) *Interventions hémostatiques.* — Les divers procédés chirurgicaux, employés pour pratiquer l'hémostase des ruptures spléniques ont été bien étudiés par divers auteurs. Nous renvoyons pour l'étude de leur valeur comparative aux travaux de Vincent, Vanverts et surtout au remarquable rapport de Février (Congrès de chirurgie de 1901). Nous adoptons sans réserve les conclusions de ce rapport, et les voici textuellement reproduites :

A. — Lorsqu'on se trouve en présence d'une *rate mobile non adhérente*, on devra, pour le choix de la méthode, se guider sur la gravité des lésions :

1^o Lorsque l'organe sera largement broyé, lorsqu'il sera rompu en plusieurs fragments, ou lorsqu'il existera des déchirures simples ou multiples, mais longues et profondes(1), il faudra avoir recours au procédé hémostatique par excellence, à la splénectomie.

(1) Il est exceptionnel de trouver une rate complètement broyée au milieu d'une hématocele périplénique récente. Néanmoins, les larges

2^e Lorsqu'il existera une déchirure limitée, ne dépassant pas 2 à 3 centimètres, et entamant peu le tissu splénique, on pourra user de la suture, mais il sera toujours prudent de la combiner au tamponnement.

B. Dans les cas de *rate adhérente*, rendant l'opération très laborieuse et exposant consécutivement à des hémorragies en nappe au niveau des adhérences décollées, on devra, si les déchirures sont peu profondes, quoique étendues, tenter la suture avec le tamponnement. Si ces deux procédés sont rendus impossibles par la profondeur des lésions, il faudra aller au plus pressé et, sans hésiter, avoir recours à la ligature du pédicule.

Ainsi, il existe une opération hémostatique radicale, la splénectomie, qui sera, pour peu que les ruptures soient profondes, l'intervention de choix, si les circonstances le permettent.

Les opérations conservatrices moins sûres, convenant seulement aux petites déchirures de la rate, ne seront employées qu'à titre de procédés de nécessité toutes les fois que la splénectomie aura été rendue impossible ou dangereuse par la solidité des adhérences.

D. TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Nous n'avons pas l'intention de décrire par le menu, la technique des différentes opérations que peut être amené à pratiquer le chirurgien, qui intervient pour un hématome de la région splénique. Nous esquisserons seulement dans les grandes lignes la conduite qu'il doit tenir, et nous insisterons seulement sur les points, qui présentent quelques particularités.

déchirures sont fréquentes, même dans le cas d'épanchements limités ou d'hémorrhagie lente, surtout lorsque la rupture a été précédée d'une hémorrhagie sous-capsulaire.

1° Incision de la paroi abdominale. — La multiplicité des incisions préconisées pour découvrir la région splénique abritée sous le grill costal, montre qu'on ne l'atteint que difficilement. Sans parler de la portière que Bardenheuer ouvrit dans le flanc gauche et par laquelle il découvrit la rate au prix de grands délabrements, on peut dire que les incisions, permettant d'aborder la loge splénique et la rate, se résument à quatre :

a) *L'incision verticale et médiane*, qui est la plus logique, lorsque l'on a des doutes sur la source de l'hémorrhagie, a ici le grand inconvénient d'aborder la collection sanguine vers sa partie interne et de ne pas porter en plein sur la tuméfaction. Celle-ci présente souvent un relief indicateur, qu'on ne saurait négliger. De plus cette incision ne permet pas toujours d'amener la rate au dehors du ventre, lorsque les ligaments sont courts.

b) *L'incision verticale et latérale*, sur le bord externe du muscle droit gauche, a l'avantage de conduire directement en plein foyer hémorrhagique, cependant elle permet difficilement l'exploration de la rate, car elle est située trop au-dessous de son niveau (Février). La vue est masquée par le grand épiploon et le côlon ; cette incision donne moins d'amplitude au champ opératoire, que la précédente.

c) *Les débridements transversaux combinés aux incisions verticales* compromettent gravement la solidité de la paroi et peuvent devenir la source d'éventrations futures. En outre, s'ils donnent assez de jour lorsqu'ils sont ajoutés à l'incision médiane, ils restent insuffisants lorsqu'ils terminent l'incision latérale.

d) *L'incision transversale pratiquée au-dessous du rebord des fausses côtes*, qui a été utilisée par Gottschalk, Pitts et Ballance, Cohn, préconisée par Ruggi et Pauchet (d'A-

miens), est la méthode de choix dans le cas d'hématomes de la rate, où le diagnostic de la blessure splénique est confirmé par la présence de la tuméfaction locale. Elle se fait parallèlement au rebord costal, à un travers de doigt de ce dernier, commençant à 1 centimètre à peine de la ligne médiane et atteignant presque la masse lombaire, tout en ménageant le mésocôlon. Le malade est incliné un peu sur le côté droit ; un coussin placé dans l'hiatus costo-lombaire de ce côté contribue à faire bailler les lèvres de la plaie. Cette incision a l'avantage d'ouvrir la collection sanguine dans toute sa largeur, elle permet d'examiner, à l'aide de certains artifices, la rate située plus haut sous le diaphragme. Tout au plus peut-on lui reprocher de sectionner trois plans musculaires.

2° Evacuation du foyer hémorrhagique. — Dès que le bistouri a pénétré dans ce foyer, la partie liquide du sang épanché fait irruption par les lèvres de la plaie. La main pénétrant dans la cavité enlève en gros les caillots, tout en respectant les adhérences, qui limitent le foyer. Ce nettoyage sommaire, qui n'a rien de particulier, prépare au troisième temps, beaucoup plus important.

3° Exploration de la rate et de la loge splénique. — Cette exploration est de première importance, car c'est elle qui guide la conduite du chirurgien ; elle se fait du doigt et de l'œil. Le doigt parcourt le bord antérieur et le pôle inférieur de la rate aisément accessibles, il recherche les déchirures de la face convexe, de l'extrémité supérieure, s'efforçant de ne pas rompre les adhérences, sans voir ; il n'oublie pas de parcourir les deux portions de la face interne, séparées par le ligament gastro-splénique. Cette exploration sommaire et prudente peut déjà montrer que

la source de l'hémorrhagie est tarie ou qu'un petit suintement sanguin persiste dans la profondeur.

α) *L'hémostase spontanée est définitive.*

Dans ce cas, la besogne du chirurgien sera courte. Il procédera au nettoyage prudent de la cavité et à la fermeture de la paroi. Faut-il faire un lavage de la poche? Si le liquide évacué paraît septique et si l'on a l'assurance que des adhérences solides limitent la cavité d'une façon complète, on peut laver prudemment. Dans le cas contraire, il vaut mieux s'abstenir et se contenter de déterger doucement les parois avec des compresses montées, en ayant soin de ne pas détruire l'hémostase, que la nature a faite spontanément. Il est préférable de laisser un tamponnement pendant quelques jours, et drainer au point déclive de l'incision.

β) *L'hémorrhagie continue.*

Dans ce cas, il faut voir la source de l'hémorrhagie, et cette exploration visuelle est souvent rendue difficile par la présence du bord thoracique, dont la saillie ne laisse qu'une vue insuffisante sur les organes haut situés sous le diaphragme. D'où la nécessité de supprimer ce rebord thoracique, qui masque la vue et gêne les manipulations sous la coupole diaphragmatique. Quatre procédés permettent de tourner l'obstacle.

a) *L'écartement énergétique du rebord costal*, préconisé par Marwedel, donne souvent un jour suffisant. On l'obtient à l'aide d'un puissant écarteur, confié à un aide vigoureux.

b) *La section des côtes* a été pratiquée par Astlöver, à quelques centimètres du rebord, de manière à ce que celui-ci pût se placer comme un volet.

c) *La résection du bord costal*, respectant la plèvre, a été conseillée par Vanverts. C'est une opération méthodique, analogue à celle qui a été préconisée du côté droit par MM. Lannelongue et Canniot, pour aborder la face supérieure du foie. Cette manœuvre, qui aurait des conséquences fâcheuses chez un malade très anémié par une abondante hémorrhagie, peut, à la rigueur, être employée, si l'état général est bon. Dans l'immense majorité des cas, ce complément opératoire est inutile.

d) *La résection atypique du rebord cartilagineux* dans le point qui donne accès le plus directement sur la rate, a été employée par M. Auvray. C'est un procédé rapide, capable de rendre de grands services dans la chirurgie « d'urgence ».

En somme pour compléter l'exploration, il faut recourir à la manœuvre de Marwedel, qui sera presque toujours suffisante, et ne se résoudre aux sections ou résections costales, que lorsqu'on aura acquis la certitude qu'elles deviennent indispensables pour pratiquer l'hémostase.

Les diverses opérations hémostatiques de la rate, radicales ou conservatrices, sont bien décrites dans divers traités. Nous n'y reviendrons pas.

II. — TRAITEMENT DES HÉMATOMES ENKYSTÉS (KYSTES MÉTATRAUMATIQUES)

I. — L'INDICATION d'opérer tout kyste de la rate, dès qu'il est diagnostiqué, est formelle. On ne doit pas attendre l'apparition des accidents. L'allure longtemps bénigne de l'affection n'est pas une contre-indication à l'intervention, car tôt ou tard la mort survient du fait de la tumeur splénique (Vanverts). Dans l'immense majorité des cas, le

chirurgien est consulté pour des phénomènes de compression, occasionnés par l'accroissement subit du kyste ou pour une poussée péritonéale, dont la répétition aurait pour résultat de rendre l'extirpation plus difficile. Qu'il lui suffise d'avoir diagnostiqué une tumeur liquide, même si l'origine en est incertaine, pour ne pas différer une intervention souvent laborieuse et dont le succès est d'autant plus aléatoire, que le cas est plus invétéré.

II. — VALEUR ET NATURE DES INTERVENTIONS. — Les procédés opératoires, employés pour débarrasser le malade de sa tumeur splénique, varieront suivant que le kyste a conservé une certaine mobilité ou demeure absolument fixé.

A. Le kyste est relativement mobile. — Dans ce cas, il s'agit d'un kyste développé à la face profonde de la capsule, qui n'a contracté que des adhérences nulles ou légères, dans tous les cas partielles, avec les organes voisins.

On se trouve alors en présence d'une tumeur de volume relativement restreint, bien circonscrite et l'on peut tenter de faire une opération radicale, en ce sens que le malade est débarrassé de son kyste en un seul temps. C'est par le ventre que l'on intervient, et l'on pratique l'incision verticale médiane, dont la longueur est en rapport avec le volume de la tumeur. Cette incision a été adoptée par la majorité des chirurgiens, d'autant plus que dans la plupart des cas, il y avait doute sur l'origine du kyste. Toutefois, lorsque celui-ci est franchement latéral et que la voussure est localisée uniquement à l'hypochondre gauche, on peut recourir à l'incision sur le bord externe du muscle grand droit gauche, laquelle donne beaucoup moins de jour. La paroi du kyste reconnue et mise à découvert, celui-ci est

détaché autant que possible de ses adhérences, vidé partiellement par le gros trocart, attiré au dehors et, dès lors, la conduite du chirurgien est dictée par l'état de la rate.

α) *La rate est saine.* — Il faut alors chercher à extirper le kyste et à ménager l'organe. M. Terrier put *extirper simplement la paroi kystique*, en l'excisant au ras de son insertion splénique, et il cautérisa au thermocautère la surface de section et la surface splénique adjacente au kyste. Quelquefois, on est amené à réséquer la portion de la glande attenante à la tumeur. C'est ainsi que Bardenheuer et Fink pratiquèrent des *splénectomies partielles*. Dans ce cas, la surface de section de la rate peut être l'origine d'hémorrhagies inquiétantes et une hémostase sérieuse s'impose.

Lionti a expérimenté sur cinq chiens un procédé de suture intrasplénique, qui pourrait être utilisé dans les cas de résections partielles de la rate. Voici comment l'auteur décrit son procédé: « Un gros fil de soie est armé de grosses aiguilles rondes et presque droites, au nombre de trois, quatre ou plus encore, suivant l'épaisseur de l'organe. On passe la première aiguille de la face concave vers la face convexe de la rate, à un peu plus d'un centimètre du bord libre, et à peu près à 8 millimètres en deçà de la future résection; un centimètre plus loin, on passe la seconde aiguille, puis la troisième et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait atteint le bord opposé. A ce moment, on sectionne le fil au ras du chas de chaque aiguille, et l'on obtient ainsi une série d'anses de soie, comprenant dans leur concavité toute l'épaisseur du parenchyme splénique; on les noue deux à deux en serrant modérément. Ceci fait, on exécute la résection; la partie réséquée sera taillée en coin. Quelques points séparés, faits avec une aiguille intestinale et de la soie très fine, réunis-

sent l'une à l'autre les deux lèvres de la portion conservée, ce qui a pour effet de recouvrir la surface de section d'une couche de tissu splénique munie de son revêtement séreux. » Si cette suture demeure inefficace et si la plaie opératoire est le siège d'une hémorrhagie, on doit recourir à la splénectomie.

β) *La rate est atrophiée et dégénérée.* — Dans ce cas, l'organe supprimé fonctionnellement doit être enlevé avec le kyste, sans qu'il en résulte d'inconvénients sérieux. La *splénectomie totale* pour kyste simple de la rate a donné de brillants résultats dans les mains de Péan, Crédé, Moreschi, Schalite, Spencer Wells. C'est évidemment une opération de « pis aller » (Lejars), mais on doit s'y résoudre, lorsque la portion de glande qui subsiste est minime et mobile.

B. La tumeur est absolument fixe. — Les tumeurs spléniques absolument immobiles sont des kystes sous-capsulaires, qui ont contracté avec les organes voisins des adhérences très étendues, même totales, ou de volumineuses hématoécèles péricapsulaires enkystées. Quelle que soit l'origine souvent méconnaissable de ces tumeurs, qu'elles se soient développées à l'intérieur ou autour de la glande, elles se comportent de la même façon au point de vue clinique et doivent être traitées d'une manière identique. Aucun plan de clivage n'existe à leur superficie, leur décortication est excessivement laborieuse et forcément incomplète. Il faut compter avec les hémorrhagies en nappe, provenant des adhérences toujours fort vasculaires, qui unissent la membrane kystique aux organes voisins. Aussi la résection totale du kyste devient, dans ce cas, une opération souvent impossible, toujours grave et périlleuse. « Comment s'acharner, dit M. Morestin, à disséquer une

paroi non disséquable... ; c'est s'exposer à un désastre sans faire rien d'utile. » Aussi, aux interventions brillantes et radicales, préférons-nous, contraints par les circonstances, des méthodes plus lentes et plus sûres : l'ouverture du kyste, la résection partielle et la marsupialisation.

L'ouverture du kyste doit être large, et la simple ponction, toujours inefficace, ne sera qu'un moyen de diagnostic.

Les méthodes anciennes d'ouverture ne doivent plus avoir qu'un intérêt historique, car si Féréol guérit par la canule à demeure le malade, dont Marcano rapporte l'observation, Péan, par contre, perdit de péritonite les deux malades de Quintard et de Rousset, dont il ouvrit les kystes par des caustiques. L'incision au bistouri est le seul procédé que l'on puisse adopter aujourd'hui. Elle sera pratiquée dans l'un des points les plus superficiels de la tumeur. Or, si le relief, que celle-ci forme à l'hypochondre et à l'épigastre est généralement appréciable, c'est souvent à la région lombaire que la fluctuation est le plus manifeste. L'incision en ce point, pratiquée par M. Lejars, à l'immense avantage de se trouver au point déclive et de favoriser le drainage de la poche. D'ordinaire, après l'incision de la couche musculaire, le bistouri pénètre d'emblée dans la cavité du kyste, qui a contracté des adhérences extrêmement solides aux points distendus. Le liquide évacué, la paroi kystique est décollée sur une certaine étendue, lorsque la décortication est possible, et la zone libérée est résequée, tandis que sa surface de section est suturée aux lèvres de l'incision cutanée. Certes, cette intervention a de grands désavantages : la poche ne s'élimine que fort lentement par une suppuration, qui épuise quelquefois un malade déjà très affaibli.

Dans d'autres circonstances, l'orifice cutanco-musculaire se resserre et, la rétention purulente, qui suit l'oblitération de la fistule, est la source de nouveaux accidents. Si l'ouverture n'est pas au point déclive, la poche ne se vide qu'incomplètement et l'on est obligé, comme Heurtaux, de faire une contre-ouverture en arrière, au niveau de la partie moyenne de la 12^e côte.

D'autres causes encore augmentent la lenteur de la cicatrisation. L'immense cavité, qui subsiste après l'évacuation du kyste, doit se combler par bourgeonnement, et les parois kystiques, fibreuses, rigides, souvent incrustées de sels calcaires, n'ont aucune tendance à entrer en coalescence, malgré les injections modificatrices. Peut-être serait-il logique de tenter la réduction immédiate du kyste avec capitonnage. Cette intervention n'a pas encore été faite, et, pour combler la cavité qui subsiste fort longtemps, nous avons vu M. Morestin « libérer secondairement la rate », rompre ses adhérences, pour lui permettre de se mobiliser, de modifier ses connexions et son attitude, pour s'appliquer finalement à la paroi externe de la loge, en effaçant « l'espace mort ». Le résultat fut encore incomplet ; un « espace mort » persista jusqu'au jour, où, faisant en quelque sorte un Estlander bas situé, il mobilisa la paroi thoracique et vint l'appliquer sur la paroi interne du foyer. Malgré toutes ses défectuosités, c'est la méthode d'incision du kyste avec marsupialisation, qui est la seule recommandable dans le traitement de ces volumineux kystes spléniques ou péricapsulaires adhérents, dont la décortication totale est matériellement impossible. Quant à la splénectomie, elle n'est pas légitime dans ce cas. Perdue au milieu ou à la périphérie du kyste, la rate, souvent atrophiée, ne saurait être la cause d'aucune hémorrhagie, puisque la rupture traumatique est depuis

longtemps cicatrisée et qu'il n'existe aucune plaie opératoire dans le tissu splénique. Du reste, son extirpation, que rien ne commande, est presque toujours contre-indiquée par l'état affaibli et l'aspect cachectique du malade.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

I) HÉMATOMES SPLÉNIQUES ET PÉRISPLÉNIQUES OBSERVÉS. PEU DE TEMPS APRÈS LE TRAUMATISME.

Dans l'observation I, il s'agit d'un hématome sous-capsulaire, constaté par l'autopsie. Dans les observations II et III, où aucune vérification n'a pu être faite en raison de la guérison survenue spontanément sans intervention, les symptômes cliniques permettent de croire que l'on s'est trouvé en présence d'une hémorrhagie localisée, consécutive à une rupture de la rate, et résorbée dans la suite. Les observations IV et V se rapportent à des hématocèles périspléniques récentes, qui se sont collectées grâce à la lenteur de l'hémorrhagie, accompagnant la rupture splénique. Dans l'observation VI, l'écoulement sanguin a été continu et progressif quoique lent, de sorte qu'il n'y a eu aucune hémostase spontanée. L'observation VII, par contre, montre une réaction défensive intense du péritoine et permet de saisir le mode de cicatrisation des ruptures de la rate.

OBSERVATION I

Barallier (*Arch. Gén. de Méd.* 1888).

Hématome sous-capsulaire de la rate, consécutif à un traumatisme, chez un paludéen. — Accès fébriles. — Mort le 14^e jour avec des phénomènes thoraciques.

Le nommé Ringade, ouvrier de l'Arsenal de Rochefort, 54 ans, usé, alcoolique, ayant eu de fréquents accès de fièvre paludéenne, entra à l'hôpital de la marine le 14 janvier 1878; il était tombé de sa hauteur deux jours avant; le côté gauche de la base de la poitrine au niveau du rebord des côtes, avait porté sur l'arête d'une chaufferette métallique; il en était résulté une forte contusion suivie d'une vive douleur.

A l'arrivée à l'hôpital, on constate que la douleur est limitée dans un espace circulaire d'environ 6 à 7 centimètres de diamètre, correspondant à la place habituelle de la matité splénique, un peu en avant: il n'y a ni ecchymoses, ni lésions des côtes, ni aucune trace extérieure de coup reçu. La malaxation graduée et prolongée de la région, d'abord très difficilement supportée, éteint momentanément la douleur. Instinctivement le malade maintient le diaphragme immobile, et ne respire que par la partie supérieure du thorax; la douleur est très vive sous l'action du plus léger mouvement; pas de sommeil, anémie, tremblement alcoolique; hallucinations nocturnes.

L'examen de la poitrine décèle l'existence d'un ancien catarrhe; au côté gauche la respiration s'entend jusqu'au niveau de la 7^e côte dans la ligne axillaire; au-dessous la matité est complète; le cœur est refoulé à droite; — un peu d'œdème à la base du thorax.

Application de sangsues sur le siège de la douleur.

Le 23 janvier, accès de fièvre débutant par des frissons prolongés; la douleur est très vive pendant l'accès. Temp., 39°, 5; resp., 48.

Le 24 au matin, Temp., 37°,3; resp., 45. Le soir accès plus intense que celui de la veille. Potion avec 75 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 25 au matin, apyréxie, oppression marquée, douleur très vive. Resp., 60. A 9 heures frissons très prononcés, accès de fièvre plus violent que celui du 24. La matité s'élève jusqu'à l'angle de l'omoplate; l'œdème de la paroi thoracique est très prononcé.

Le 26 au matin, matité absolue dans tout le côté gauche de la poitrine: mouvements respiratoires courts, précipités, pouls filiforme, asphyxie imminente. On pratique une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy dans le 8^e espace intercostal; elle donne issue à environ 100 grammes d'un liquide rouge foncé; l'aiguille a évidemment pénétré dans la rate.

Ringade meurt à 3 heures de l'après-midi.

Autopsie. — Le foie, congestionné, un peu grassex, pèse 1.980 grammes.

La rate, énorme, refoulée en haut, coiffée par le diaphragme, auquel elle adhère par de fausses membranes assez résistantes, occupe à la base du thorax un espace considérable, où elle est immobilisée par des adhérences avec tous les organes voisins, la capsule est épaissie et enflammée, la rate se déchire avec facilité; un stylet introduit par l'ouverture faite par le trocart arrive à la partie supérieure externe de cet organe, dans une sorte de loge pouvant recevoir le poing, causée vraisemblablement par une rupture sous-capsulaire du tissu splénique, la capsule étant partout continue et très épaissie. La rate a la forme d'un ovoïde de 40 centimètres sur 30 centimètres, elle pèse 900 grammes. En ajoutant les 100 grammes de sang retirés par la ponction, le poids total est de 1000 grammes. Son tissu est écrasé, en bouillie, mêlé de gros caillots noirâtres.

Le diaphragme est attaché par des membranes de nouvelle formation à l'extrémité supérieure et à toute la face externe de la rate; le tissu musculaire est altéré; la surface pleurale de ce muscle a, à gauche, la forme d'une calotte sphérique, bombant dans la cavité de la plèvre et refoulant le cœur à droite; le sommet de cet espèce de dôme affleure le plan horizontal du 5^e espace

intercostal. La cavité pleurale est pleine d'un liquide citrin non purulent; le poumon tassé est refoulé dans la gouttière vertébrale; la plèvre diaphragmatique est dépolie, tomenteuse est soudée par un relief circulaire néomembraneux à la plèvre pariétale convertissant ainsi la cavité thoracique gauche en deux poches: la supérieure plus vaste remplie par un épanchement récent; l'inférieure, demi annulaire, mesurant 8 centimètres de hauteur, sans une goutte de liquide et traversée par le trocart.

OBSERVATION II

(Moty, Congrès de Chirurgie, 1901).

Hématome probable de la rate guéri sans intervention.

Le nommé Nguyen van Xuan, tirailleur tonkinois, fait, le 27 juillet 1886, une chute sur un pieu de bambou, qui heurte son flanc gauche; à l'entrée de l'hôpital d'Hanoï, fièvre de forme rémittente avec pouls presque normal et langue nette, mais avec douleur vive au flanc gauche. Immobilité, expectation, pilules de quinine.

Le 5 août, la douleur est moins vive, et l'on peut constater au-dessous du rebord gauche de la cage thoracique une tuméfaction profonde de forme ovale à grand axe vertical de six à sept centimètres de longueur au-dessous des côtes, mal limitée, molle, à fluctuation douteuse et assez douloureuse à la pression.

La quinine est continuée, cataplasme sur le flanc gauche.

Le 9 août, chute de la température.

Le 12, résolution presque complète de la tuméfaction — cesser toutes les médications — bains chauds.

Le 14, à la suite de douleurs vives revenues dans la nuit, la température est remontée à 39° et l'empâtement du flanc gauche a reparu, peut-être un peu moins accusée qu'auparavant; la douleur à la palpation est aussi plus marquée — diète, quinine.

Du 15 au 17, détente et résolution progressives ; sortie le 23 août par guérison.

La particularité la plus importante de cette observation, c'est que la tuméfaction et la douleur de la région splénique consécutives au traumatisme étaient nettement distinctes de manifestations purement palustres, par l'état du pouls et de la langue d'une part, et par la consistance molle de la tuméfaction de l'autre.

L'accès de fièvre légitime survenant, comme cela est fréquent, chez les impaludés, après quelques jours de repos absolu, a eu pour résultat une congestion rapide de la rate, faisant réapparaître la tuméfaction, probablement hémorrhagique et en voie de résorption.

OBSERVATION III

(Jungnickel, *Preuss. Vereins-Zeitung*, n° 10, 1857).

Hématocèle péricapnénique probable. Guérison.

Un hussard qui, à plusieurs reprises, avait souffert d'accès pernicieux, et qui, une année auparavant, avait été tenu pendant près de neuf mois, par cette maladie, reçut un coup de pied de cheval dans la région splénique. Syncopes répétées, collapsus rapide, refroidissement des extrémités, pouls à peine perceptible, respiration superficielle avec immobilisation apparente des muscles abdominaux. Augmentation marquée du volume du bas-ventre et présence de liquide dans la cavité abdominale, anémie, rupture probable de la rate. Bientôt survient une douleur du côté gauche du thorax et de l'épaule gauche. La région splénique devient plus sensible. Facies et conjonctives jaunes vertes. Pouls à 108, dur. Pronostic très mauvais.

Trois jours après l'accident, le pouls tombe à 96, le sommeil revient, le ballonnement du ventre diminue et la percussion démontre que le liquide contenu dans l'abdomen a dû se coaguler

en partie. Amélioration sensible les jours suivants. La percussion de la rate, maintenant possible, montre qu'elle s'étend depuis la huitième côte jusqu'à trois quarts de pouce au-delà de la douzième. Vers la fin du mois, les manifestations d'anémie avaient presque disparu. Cependant la pression de l'hypochondre gauche provoquait encore une douleur lancinante. Rien ne subsistait de l'épanchement péritonéal et le volume de la tuméfaction splénique avait diminué.

OBSERVATION IV

Vincent (*Revue de chirurgie* 1893)

Hypertrophie de la Rate chez un paludique ; Rupture de ce viscère à la suite d'une chute ; surrie avec un épanchement sanguin abondant dans l'abdomen ; laparotomie ; guérison.

Auguste A..., âgé de 37 ans, journalier, est né en Algérie et y a contracté, dès son enfance, les fièvres paludéennes ; première atteinte à l'âge de 4 ans ; récédive à 12 ans. Ensuite il reste 8 ou 10 années sans avoir à souffrir de la malaria ; depuis l'âge de 20 ans, jusqu'à l'époque actuelle, il a été plusieurs fois atteint, mais surtout l'année précédente, où il a été en traitement à l'hôpital de Mustapha dans le service du professeur Trabut ; il a eu presque régulièrement, tous les deux jours, un accès de malaria pendant la saison chaude de 1891.

Aucune autre maladie antérieure.

Le 10 mars 1892, le malade raconte qu'à 10 heures du soir, il allait rentrer chez lui après avoir fait sa besogne journalière, il était en train de rouler une cigarette, lorsqu'à la suite d'un faux mouvement, il tombe, et le côté gauche porte sur une branche d'arbre. Il peut se relever et aller se coucher, mais, aussitôt dans son lit il ressent une violente douleur qui l'empêche de dormir.

Cette douleur du côté gauche ne fait que s'accroître le lendemain, et le 12 mars il entre à l'hôpital.

On l'envoie salle Broussais, où le chef de service, le docteur Trabut, le trouve en proie à de la dyspnée, fatigué par des vomissements, le pouls filiforme, le ventre tuméfié et très douloureux ; connaissant ses antécédents, le docteur Trabut pense à une rupture de la rate, accompagnée d'un début de péritonite. Il le traite par le repos et la glace et au bout de trois jours, jugeant qu'une intervention chirurgicale pouvait devenir nécessaire, il fait passer le malade en chirurgie, où il est examiné le 17 mars.

A ce moment le facies du malade est terreux, la figure anxieuse, le pouls petit, la température atteint 38°,5 ; le ventre est ballonné, douloureux ; mais, tandis que l'on peut, à la percussion, constater un tympanisme très net à droite du bord externe du muscle droit, c'est-à-dire dans le flanc et dans l'hypochondre droits, on trouve du côté gauche une matité franche, qui s'étend en haut jusqu'au 4^e espace intercostal et en bas jusqu'à une ligne située à trois travers de doigt au-dessus de l'épine du pubis ; en haut l'espace de Traube a disparu, le cœur est refoulé et le poumon comprimé ; il y a aussi des signes d'épanchement dans la plèvre gauche, ce qui occasionne au malade une forte dyspnée.

Il y a aussi des troubles digestifs très accusés. Le malade vomit tout ce qu'il prend. Traitement : Boissons glacées. Glace sur le ventre.

Cet état dure du 16 au 20 mars ; la matité descend même un peu plus bas à la région inférieure ; le 21 mars, les symptômes s'amendent, le pouls reprend plus d'ampleur ; mais le ventre reste encore douloureux, bien qu'on puisse le palper avec moins de difficulté qu'au début ; une énorme collection fluctuante se reconnaît, dans l'hypochondre gauche et dans la région ombilicale ; la dyspnée est toujours accentuée au point que le moindre mouvement est pénible ; le poumon et le cœur sont comprimés ; il semble qu'une intervention consistant à donner issue à la collection abdominale soulagera le malade.

Laparotomie. — Une ponction aspiratrice donne issue à du sang pur ; aussitôt une large incision pratiquée à gauche du muscle droit gauche et comprenant toutes les couches de la paroi abdominale, laisse écouler une énorme quantité de sang liquide et de

caillots ; les doigts introduits dans l'abdomen facilitent l'évacuation des caillots accumulés dans une vaste cavité, qui pénètre profondément sous les côtes gauches, et s'étend à gauche dans le flanc, à droite au delà de la ligne médiane, jusqu'au niveau du bord externe du muscle droit, et en bas vers la fosse iliaque gauche. Des mensurations pratiquées au niveau de l'incision, indiquaient une profondeur de 9 centimètres sur la partie inférieure de la cavité, et de 16 centimètres en haut vers le diaphragme. La face profonde de cette loge est formée par la rate, qui occupe la plus grande partie de l'abdomen ; le sang, qui provenait de la déchirure de cet organe, s'était donc accumulé dans une cavité, limitée par la paroi abdominale antérieure, en haut par le diaphragme et profondément par la rate qui avait été refoulée. Le sang qui, liquide et caillots, représentait 2 litres et demi à 3 litres, était issu d'une solution de continuité de la face externe de la rate, déchirure qui avait été considérablement modifiée depuis le temps écoulé après l'accident. Lavage à l'eau bouillie, drainage et pansement antiseptique.

Cette intervention eut un résultat des plus heureux, car dès le lendemain, le malade accusait du bien-être, la respiration reprenait son caractère normal, les troubles digestifs et les douleurs abdominales disparaissaient ; depuis, l'état général s'est progressivement amélioré, l'aspect terreux des téguments s'est atténué et de l'embonpoint est survenu, tout cela sans le moindre accès de fièvre.

Quant à la cavité elle a diminué peu à peu de volume, et au bout de trois mois, la cicatrisation était complète.

OBSERVATION V

Dr Coville (*Gazette des Hôpitaux*, janvier 1902, n° 11).

*Rupture traumatique de la rate avec hémorragie lente.
Splenectomie tardive. Guérison.*

La femme M..., journalière, entre le 11 août à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, dans le service de M. le docteur Halma-Grand. Elle est

âgée de 65 ans, et raconte qu'elle a fait, une quinzaine de jours auparavant, une chute en glissant de sa hauteur. Elle serait tombée en arrière sur la fesse droite, en se retenant avec le bras, sans que le dos ait porté. Aucune douleur d'ailleurs ne survient ; il n'y a aucune autre contusion, que celle qui résulte du choc sur la fesse droite. La malade continue à vaquer à ses occupations.

Le lendemain, en balayant, elle ressent dans l'hypochondre gauche une douleur très vive qui l'oblige à s'aliter, dure quelques heures, mais n'est accompagnée ni de syncope, ni de vomissements, ni d'aucun autre symptôme inquiétant. Si bien que le lendemain de ce jour, c'est-à-dire le surlendemain après l'accident, elle se lève de nouveau. Cependant, elle continue à souffrir du côté gauche, elle ne peut pas travailler, faire son ménage, mais reste levée toute la journée ; à ce moment déjà, elle avait remarquée une tuméfaction légère de la région.

Pendant quinze jours, elle reste ainsi, souffrant par intervalle de son côté, voyant augmenter progressivement le volume de la tumeur, mais continuant à aller et venir et même à travailler un peu dans la mesure de ses forces.

C'est alors que la malade vient consulter à l'hôpital, faisant ainsi à pied une course de 700 à 800 mètres, sans en être du reste incommodée. A l'examen de l'abdomen, on est tout de suite frappé par l'existence d'une saillie notable, étendue du bord inférieur des fausses côtes à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, n'empiétant pas sur la ligne médiane, peu douloureuse à la palpation, mate, immobile, profonde, paraissant indépendante de la paroi. Lorsqu'on la saisit complètement entre les mains en embrassant la région, lombaire, elle donne la sensation de fluctuation et son volume peut être approximativement évalué à celui d'une tête de fœtus à terme. A aucun moment la malade n'a présenté de troubles urinaires, ni n'a eu de vomissements. Engagée à rester dans le service, elle n'accepte pas et retourne chez elle, à pied, fatiguée.

Elle revient trois jours après dans les mêmes conditions, ne souffrant pas davantage, mais plus affaiblie. D'ailleurs la tuméfaction a augmenté de volume de façon manifeste, car on constate

à ce moment une voussure de la partie inférieure du thorax, qui n'existait pas précédemment.

La malade ne souffre pas dans le décubitus dorsal, mais la marche, les mouvements révèlent une douleur sourde, dont le point de départ est la région lombaire gauche. En présence de ces symptômes, et malgré l'absence de troubles urinaires antérieurs, on porte le diagnostic d'hydronéphrose latente, dans laquelle se serait fait une hémorrhagie à l'occasion d'un traumatisme. On fait même une ponction exploratrice, qui donne issue à un liquide fortement teinté de sang, et dans lequel l'analyse chimique révèle l'existence d'urée dans la proportion de 1 gr. 90 par litre. Le diagnostic d'hydronéphrose ancienne semble ainsi confirmé et l'opération est décidée.

Bon état général : la malade est pâle, maigre, mais bien portante d'autre part, et elle ne présente aucune trace d'affection antérieure. On note seulement, dans les antécédents pathologiques, des accès de fièvre intermittente pendant deux ou trois mois à différentes reprises vers l'âge de 12 ou 13 ans.

Opération le 14 août. — Notre plan était d'aller ouvrir la collection par la région lombaire et de faire, suivant le cas, une néphrectomie ou un simple drainage de la poche. A cet effet, une incision de Guyon est faite, qui conduit sur le péritoine en bas, et en haut laisse apercevoir un rein petit, non déplacé, paraissant sain et normal. La palpation, dans la partie inférieure de la plaie, ne révèle pas une fluctuation nette ni la proximité de la collection liquide. Il est manifeste que le diagnostic primitif est erroné. La plaie lombaire est immédiatement refermée, et la malade, remise en décubitus dorsal, est de nouveau lavée et préparée pour la laparotomie.

Incision de 12 à 15 centimètres, verticale, sur le sommet de la tumeur, en dehors du muscle droit de l'abdomen, finissant en haut au rebord costal. Dès que le péritoine est ouvert, l'épiploon apparaît rouge, congestionné, tapissant complètement une poche libre d'adhérences avec l'intestin, du côté de la cavité abdominale, adhérant au contraire fortement à la paroi, à partir de 4 centimètre en dehors de l'incision. En essayant de détacher l'épiploon qui la recouvre afin de l'isoler, il se produit une déchirure par

laquelle s'écoule un liquide rouge, brunâtre, assez épais, identique à celui qu'a retiré la ponction exploratrice. Un coup de ciseaux agrandit alors largement l'ouverture ; le liquide, qui peut être évalué à un litre environ, s'échappe au dehors, la cavité péritonéale étant protégée par des compresses, et une vaste loge apparaît remplie de caillots que les doigts enlèvent facilement. Il nous paraît dès lors évident qu'il s'agit d'une hémorrhagie produite par une rupture de la rate. Les caillots enlevés, celle-ci se reconnaît aisément au fond de la cavité. Elle est notablement augmentée de volume, descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et remonte presque jusqu'au diaphragme qui forme la limite supérieure de la cavité en question. La rate n'est libre que du côté de la poche ; elle adhère sur toute sa face interne au péritoine voisin et par sa face postérieure aux plans profonds.

Comme un léger suintement sanguin venant de la profondeur persiste encore, ce dont rendait compte l'augmentation de la tumeur, jusque dans les derniers jours, qui ont précédé l'opération, suintement que les manœuvres opératoires ont sans doute contribué à augmenter, la rate est vivement détachée de ses adhérences, ce qui est du reste extrêmement facile, son pôle inférieur est luxé sous le rebord cortical ; les vaisseaux sont pris dans un clamp et le hile est sectionné.

L'hémostose se trouve ainsi réalisée. Ligature des pédicules vasculaires au catgut et nettoyage de la poche avec des compresses sèches aseptiques. Il reste alors une vaste cavité oblongue, haute de 20 centimètres environ, large et profonde de 7 à 8, limitée en dehors et en arrière par la paroi abdominale, en haut par le diaphragme, en dedans et en bas par des adhérences péritonéales formant une véritable paroi.

Un gros drain remontant jusqu'au haut est placé, ainsi qu'une mèche de gaze aseptique qui ressort avec lui par l'angle inférieur de la plaie. Fermeture du ventre en ayant soin de prendre dans la suture péritonéale la lèvre interne, de façon à empêcher toute communication entre la cavité splénique et la grande cavité péritonéale. Pansement aseptique.

Le poids des caillots dépasse 50 grammes, la rate pèse 270 grammes, sa consistance est augmentée et elle présente le long

de son bord postérieur, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une déchirure tapissée de caillots sous laquelle on pourrait loger une grosse noix.

Les suites furent absolument normales et apyrétiques. Cicatrisation par première intention des plaies abdominale et lombaire. La malade est, à l'heure actuelle, complètement, guérie et a repris son existence antérieure. L'analyse du sang, faite le 14 août, jour de l'opération, et le 21 septembre, cinq semaines après, nous donna pour la première 4.123.000 globules rouges et 19.406 blancs, pour la seconde 4.743.000 rouges et 10.330 blancs.

OBSERVATION VI.

Finnel (*Revue Hayem*, t. IX, page 79, d'ap. Vincent).

Hémorrhagie lente.

Femme, 28 ans, enceinte de trois mois.

En soulevant un fardeau, sentit soudain un craquement.

Symptômes : douleurs violentes dans le ventre pendant trois jours ; le quatrième jour, avortement d'un fœtus putréfié de trois mois. Mort par hémorrhagie quatre jours après la délivrance. Le médecin crut à une péritonite, à cause de l'intensité de la douleur.

Autopsie. — Grande quantité de sang dans le péritoine. Fissures de la rate pesant cinq onces ; son tissu ressemble à de la gelée de groseille. Pas de péritonite.

OBSERVATION VII

Wüstefeld (*Die Krank der Milz*, 1847).

Rupture de la rate. Mort le quatorzième jour avec des accidents de delirium tremens (d'après Ludwig Mayer).

Un homme de 36 ans, ayant hypertrophié et ramolli sa rate à la suite d'un amour excessif pour les spiritueux, eut une rupture

de cet organe, consécutive à un violent coup de marteau porté dans l'hypochondre gauche

Dès le début, il se plaignait moins de douleurs dans la région splénique que de dyspnée et d'oppression. Il ne perdit connaissance que peu de jours avant sa mort. Dès lors, visions et fantasmagories, sommeil agité. Mort le quatorzième jour. A l'autopsie, on constata une rupture de la rate, rupture déjà comblée par un exsudat plastique. Réaction inflammatoire de l'intestin et du péritoine.

II. HÉMORRHAGIES GRAVES SECONDAIRES, DUES A LA SUPPRESSION D'HÉMOSTASE SPONTANÉE PROVISOIRE.

Le traumatisme n'avait primitivement abouti, dans les huit observations suivantes, qu'à la formation d'un hématome intraglandulaire ou périsplénique. La barrière qui contenait l'épanchement sanguin étant venue à céder, il s'en est suivi une véritable inondation péritonéale.

OBSERVATION VIII

Chaumel (in Rapport Meunier. *Bull. soc. anat.*, avril 1863).

Rupture traumatique de la rate non diagnostiquée. — Mort subite le treizième jour.

Bunch (Georges), âgé de 52 ans, journalier, entra le 10 mars 1863 à la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 11, dans le service de M. Nonat. La veille de son entrée, il a été frappé par un moellon, qui, tombant d'un quatrième étage, a ricoché jusqu'à lui et l'a atteint dans la région des reins. Après une perte de connaissance

qui a peu duré, le blessé a uriné du sang et a ressenti des douleurs très violentes dans la région atteinte par le moëllon. A son entrée, on est frappé de sa pâleur, qui est générale ; on croirait, à le voir, qu'il est malade depuis fort longtemps. Il souffre vivement dans le flanc gauche, et cette souffrance augmente par la pression, comme dans les cas de fractures de côtes. Il n'y a pas d'ecchymoses. La face n'est point altérée malgré sa pâleur. Le pouls est fréquent, peu développé et s'accélère légèrement le soir. La respiration est également fréquente, saccadée, pénible, et l'on distingue difficilement le murmure vésiculaire. Il y a de la toux et des crachats muqueux. Le malade est assis sur son lit, jouissant de la plénitude de son intelligence. On constate, à l'aide du microscope, qu'il existe de l'hématurie.

Du 12 au 14 mars, l'état est à peu près le même. La douleur persiste avec une légère diminution. La pâleur est la même, le pouls n'offre pas d'irrégularités ; on applique des ventouses scarifiées dans la région des reins.

Les jours suivants, le malade semble se trouver un peu mieux, mais il se rend assez mal compte de son état ; il se plaint moins de ses douleurs ; il se lève et peut marcher. Il ne vomit pas, mais il a un peu de diarrhée et se plaint de souffrir d'une hernie de très ancienne date. Cette hernie, que nous examinons alors, est en effet très volumineuse ; elle existe au côté droit et ne peut se réduire. Les tentatives de réduction causent une vive douleur dans tout l'abdomen, dont la palpation ne s'effectue pas sans éveiller quelques souffrances. On découvre, par ce moyen, un empatement assez considérable.

Le 19 mars, les urines sont redevenues claires et l'hématurie a complètement disparu. Le malade se lève, mange une portion et parle de son projet de départ.

Le 22, il prétend se sentir assez bien pour sortir. Il achèvera, dit-il, sa guérison chez lui. On lui accorde son exeat : il se lève, s'habille et descend ; mais à peine a-t-il franchi le seuil de la porte de l'hôpital, qu'il s'affaisse sur lui-même et meurt au milieu d'une syncope. (On ne sait si cet homme était un paludique.)

Autopsie. — En écartant les lèvres de la grande incision abdo-

minale, on aperçoit dans l'hypochondre gauche un caillot considérable de sang noir, qui masque la rate toute entière. Dans les parties déclives de la cavité abdominale, on trouve de six à sept cents grammes d'un liquide sanguinolent, qui communique largement avec le sac herniaire, de sorte qu'en appuyant sur la hernie, on peut facilement le faire refluer dans l'abdomen. La masse intestinale est imbibée de ce liquide ; le péritoine est également imbibé et présente, de plus, une vascularisation légère. Sur le feuillet pariétal surtout, on aperçoit au collet de la hernie, de légères taches ecchymotiques disséminées et semblables à celles du purpura hémorragica. En décollant le péritoine de la paroi postérieure de l'abdomen, après avoir coupé les insertions du diaphragme et détaché la masse intestinale, nous trouvons dans leurs rapports normaux la rate, l'estomac, le foie et les reins. Il n'y a pas de fractures de côtes. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est infiltré de sang et épaissi. La rate a le double de son volume normal ; son tissu est extrêmement friable, et ce n'est qu'avec beaucoup de précautions que nous avons pu l'arracher sans la déchirer ; on sent que son tissu est broyé dans son enveloppe. Vers le sommet, c'est-à-dire vers cette portion qui est en rapport avec le diaphragme, on voit une déchirure de quatre à cinq centimètres de diamètre, par laquelle s'échappe le tissu de la rate elle-même, et en communication avec le caillot dont nous avons déjà parlé. Ce caillot est infiltré dans l'épiploon gastro-splénique. Il présente quelques-uns des caractères des caillots anciens, et il est en partie fibrineux.

A la face inférieure du diaphragme, dans les points qui sont en rapport avec l'extrémité supérieure de la rate, on trouve le péritoine épaissi et couvert de fausses membranes. Le rein gauche est augmenté de volume, de telle sorte que la rate et le rein se touchent dans une grande étendue ; et ce rein, vers son extrémité supérieure est déchiré, mais seulement dans l'épaisseur de sa capsule et de façon à mettre le tissu de l'organe à découvert. Aucun foyer hémorragique dans le rein.

Tout le tissu cellulaire est infiltré de sang, et l'on rencontre aussi à ce niveau des traces de péritonite. Les vaisseaux de la rate et du foie sont parfaitement sains, et à sa surface extérieure, le

foie ne présente rien d'anormal. En pratiquant une coupe, qui comprend à la fois la rate dans toute sa longueur, la portion du diaphragme en rapport avec son extrémité supérieure, le rein gauche dans son axe vertical, on voit manifestement que tous ces organes sont unis entre eux par de fortes adhérences. A la face inférieure du diaphragme ce sont des fausses membranes épaisses, interposées entre le péritoine de cette portion du diaphragme et l'extrémité supérieure de la rate. L'extrémité inférieure de celle-ci est également accolée au rein, par un tissu cellulaire épaissi et infiltré de sang. La coupe du péritoine et du tissu cellulaire sous-péritonéal présente dans toute cette région une épaisseur considérable. En un mot il y a là manifestement une péritonite partielle.

Le parenchyme splénique semble constitué par deux couches superposées, l'une superficielle, réduite en bouillie, semblable à un caillot mou et diffus, l'autre profonde et moins altérée.

OBSERVATION IX

(Conway Eram, and Patridge ; at the Pathol.
Society Méd., Times).

Hémorragie secondaire (d'après Besnier).

Homme, vieillard.

Traumatisme : Violence extérieure (voiture), fractures de côtes multiples.

Symptômes : Pas d'accidents graves au premier abord. Amélioration apparente ; puis mort rapide au cinquième jour.

Autopsie. — Large déchirure de la rate, entourée d'une grande quantité de sang coagulé. Amas sanguin considérable sous-capsulaire.

OBSERVATION X

(Burger, *Médec. Corresp.*, Wurtemberg. B. XIII, n° 15)
(d'après Ludwig Mayer).

*Rupture traumatique de la rate. Mort subite
le troisième jour.*

Aubergiste âgé de 30 ans qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, présente une fracture des sixième, septième et huitième côtes, et enfoncement des sixième et septième. Réduction facile des fractures. Le blessé se trouve relativement bien, et le troisième jour quitte le lit. Il se promène dans la chambre et joue avec ses enfants, mais meurt peu après avec des signes d'hémorragie interne.

A l'autopsie, on trouve les viscères thoraciques sains mais l'abdomen est rempli de sang fluide : la rate est rompue en trois morceaux.

OBSERVATION XI.

Sézary (*In Vincent, Revue de Chirurgie 1893*).

*Rupture traumatique de la rate chez un ancien févreux
Mort au quatrième jour.*

Le nommé A... Louis, 19 ans, garçon coiffeur, entre à l'hôpital civil de Mustapha, salle Laennec, le 24 mai 1889, dans le service de M. le professeur Sézary. Ce malade déclare simplement souffrir d'un point de côté et est reçu d'urgence par l'interne de garde.

A la visite du 22 mai, ce malade nous raconte que le jour de son entrée, il a fait une chute du haut d'un mur élevé de 2 à 3 mètres. Le côté gauche de l'abdomen a porté sur des cailloux, dont le

chemin était garni. La secousse a été telle que le malade est resté sans connaissance pendant un quart d'heure environ.

La douleur est parfaitement localisée entre le septième espace intercostal gauche et le rebord des fausses côtes : elle s'irradie, de sorte qu'à la palpation de tout l'hypochondre gauche, on arrache des gémissements au malade.

L'examen du ventre ne révèle ni contusions, ni éraflure ; à la percussion, difficile à pratiquer vu l'hyperesthésie, on constate une légère matité au niveau du rebord des fausses côtes à gauche ; il n'y a rien de particulier du côté du cœur ni des organes respiratoires, si ce n'est un léger ronchus trachéal. Pas de vomissements, pas de troubles intestinaux, miction naturelle. On porte le diagnostic de lésion abdominale interne et l'on prescrit une injection de 1 centigramme de morphine *loco dolenti* ; trois ventouses scarifiées ; diète et 50 centigrammes de quinine à cause de l'existence antérieure de la malaria chez le malade.

Pas d'incident le 22, sauf un accès de fièvre le soir. A la visite du 23, peau chaude, douleur toujours très vive. Le 24, matin, les souffrances continuent, on applique trois nouvelles ventouses scarifiées ; injection de morphine. A dix heures, le malade boit son bouillon sans présenter rien d'anormal ; à deux heures, la sœur de service, passant près de ce malade, le voit tout pâle et couvert de sueurs ; il ne peut répondre aux questions qu'on lui pose, sa respiration devient haletante et il meurt pendant que l'on courait chercher l'interne de garde qui, moins de deux minutes après, le trouvait inanimé sans crachement de sang ni rien de particulier. Température du corps normale.

Autopsie faite le 25 mai, dix-huit heures après la mort.

Sujet vigoureux, rigidité cadavérique ; pas de marques ni d'ecchymoses, autres que celles des ventouses. Abdomen légèrement ballonné et complètement mat à la percussion.

A l'ouverture, on trouve la cavité abdominale pleine d'un sang noir (2 à 3 litres) ; on remarque un vaste foyer cruorique situé au-dessus du méso-colon transverse, au niveau de l'hypochondre gauche et de l'épigastre. La face convexe du diaphragme, du côté droit, présente quelques plaques d'infiltration sanguine, mais la

fibre musculaire est intacte, l'épanchement sanguin ayant glissé entre le foie et le diaphragme.

Les intestins, sauf le côlon transverse, sont enlevés entre deux ligatures pour permettre de mieux voir les lésions ; les cinq dernières côtes gauches sont réséquées et l'on trouve alors un vaste foyer hémorragique au niveau de la rate.

Rate : 720 grammes. Elle se trouve au milieu d'une masse de caillots ; elle est très grosse, en forme de gâteau ; sur sa face concave, il y a une déchirure allant de la moitié du bord antérieur au centre ; cette déchirure, longue de 7 centimètres, large de 1 à 1 centimètre 1/2, paraît d'être recouverte sur sa partie interne d'un léger exsudat fibrineux, qui donne à la plaie un aspect vernissé.

La couleur de cette face est rosée, avec quelques marbrures ecchymotiques ; sur la face convexe de la rate, on trouve une énorme déchirure transversale, semblant être la continuation de celle du côté opposé ; la largeur varie de 2 à 5 centimètres et sa profondeur est comblée par un caillot qui se continue avec l'atmosphère cruorique qui enveloppe la rate.

A la coupe, on remarque sur la rate des épaissements de la membrane d'enveloppe, dus à de la périsplénite ancienne.

Parallèlement à la grande déchirure de la face convexe, on remarque dans l'intérieur de la pulpe, un foyer cruorique allongé, qui s'étend du bord antérieur au bord postérieur de la rate ; ce foyer est plein d'un caillot qu'un filet d'eau fait échapper.

Quelques petits foyers hémorragiques sont disséminés çà et là dans le parenchyme splénique. La rate ne semble pas diffluyente ; sur les parties saines, on remarque à la coupe un piquet blanchâtre, abondant, ressemblant à des grains de semoule.

OBSERVATION XII

Page (*Clin. Soc. trans*, 1892, d'ap. Sieur).

*Rupture de la Rate. Apparition tardive de signes
d'hémorrhagie.*

Enfant de 14 ans tombe sur un rail et se heurte le ventre au niveau de l'ombilic. Syncope de courte durée; l'enfant revenu à lui se rend chez ses parents et parcourt ainsi une distance d'un demi-mille. Le lendemain il vint se faire panser à l'hôpital et retourna à pied chez lui. Dans la nuit, selle normale, suivie bientôt de douleurs intenses dans tout le ventre, surtout au niveau de l'hypochondre gauche. Le matin du troisième jour, laparotomie: déchirure de la rate. Mort dans la suite.

OBSERVATION XIII

Demoulin (*In thèse Vanverts*).

*Rupture traumatique de la rate. Splénectomie au
cinquième jour (mort).*

François C..., 51 ans, journalier, est entré le 10 septembre 1895 à l'hôpital de la Charité, salle Velpeau, lit n° 4, service de M. le professeur Tillaux, pour un traumatisme de la partie inférieure de la région latérale gauche du thorax. Le malade, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, arriva dans la salle dans un état de shock assez prononcé, pouls petit, sueurs froides, etc...; il se réchauffa peu à peu, et le jour même de son entrée, on put constater une fracture de la partie moyenne de la dixième côte gauche, sans symptômes thoraciques; elle avait été produite par un coup de pied de cheval. L'un des

bords du sabot seul avait porté, car l'ecchymose, qui siégeait au niveau du foyer de la fracture était linéaire et d'une petite étendue.

Quatre jours après l'entrée du malade à la Charité, on constata une vive sensibilité de tout l'abdomen, un pouls petit très fréquent, et des vomissements alimentaires.

Je fus appelé le 15 septembre à midi, comme chirurgien de garde, auprès de C..., chez lequel je constatai les mêmes symptômes que ceux qui avaient été observé, la veille ; le malade accusait de plus une faiblesse extrême et disait : « Je vais mourir, je sens que je m'en vais. » A l'examen de l'abdomen je constatai une sensibilité très vive et superficielle de la paroi antérieure, celle-ci était d'ailleurs contracturée et ne permettait pas de juger de l'état du contenu. La douleur était plus vive à la partie inférieure de l'hypochondre et dans le flanc gauche ; de la sonorité partout, pas de matité dans les flancs ni dans les fosses iliaques. La région hépatique avait sa matité normale.

Le diagnostic porté par MM. les Internes, qui avaient suivi le malade depuis son entrée à l'hôpital. était celui de péritonite au début, résultant d'une contusion intestinale, d'où production d'une escarre qui, commençant à se détacher. permettait l'inoculation du péritoine. De mon côté, je ne fis point de diagnostic ferme, et je pensai que la laparotomie était indiquée, et que la région de la cavité abdominale qu'il fallait inspecter en premier lieu était celle du flanc et de l'hypochondre gauches, où, comme je l'ai dit, la douleur était la plus vive, et où le traumatisme, d'après son point d'application, avait pu produire les principales lésions.

J'incisai la paroi abdominale antérieure, sur la ligne médiane, de l'appendice xiphoïde jusqu'à deux bons travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A peine le péritoine était-il ouvert que des anses grêles énormément distendues sortirent avec force de l'abdomen. Je les laissai au dehors sous des compresses stérilisées chaudes. J'introduisis la main dans la cavité abdominale, du côté gauche, allant à la recherche de l'angle gauche du colon. Je tombai avant d'y arriver sur un énorme caillot noir, libre, que je retirai et dont le poids atteignait bien 300 ou 400 grammes.

Un flot de sang rouge suivit cette extraction. Je débridai alors la paroi abdominale antérieure, à gauche, au-dessous des côtes, transversalement, dans une étendue de 40 centimètres environ, afin d'avoir du jour, et je tombai immédiatement sur un morceau de tissu splénique, absolument libre dans la cavité abdominale, au milieu des anses intestinales. Cette masse splénique représentait le tiers inférieur au moins d'une rate normale, non hypertrophiée. Le plan de rupture était légèrement de haut en bas et de dehors en dedans, ou mieux d'avant en arrière, il était recouvert de caillots noirâtres et adhérents. Ce n'est qu'après l'opération terminée que je constatai ces détails. Je n'y songeai guère sur le moment, car, comme je l'ai dit, un flot de sang avait suivi l'extraction de ce morceau de rate. Je retirai avec des éponges, du flanc et de l'hypochondre gauches, une énorme quantité de sang rouge, liquide, de telle sorte que j'évalue à deux litres au moins la quantité de sang épanché dans l'abdomen à la suite de la rupture du viscère. L'hémorrhagie datait probablement du moment du traumatisme, car l'épanchement sanguin, ayant été épongé aussi exactement que possible, ne se reproduisit pas.

Je m'occupai alors de la portion restante de la rate. Elle était en connexion avec le pédicule de l'organe qui ne présentait pas de lésions appréciables. La capsule splénique, à l'inverse de ce qui s'était produit pour le fragment inférieur, était trop grande pour la partie supérieure du viscère; elle formait, au niveau du plan de rupture du fragment supérieur, une sorte de sac, revenu sur lui-même, cachant complètement ce plan et contenant dans son intérieur des caillots noirâtres, adhérents au tissu splénique.

Peut-être aurais-je pu suturer cette capsule et conserver la portion de la rate adhérente au pédicule. Je n'y pensai pas sur le moment, et je plaçai sur le hile de l'organe deux ligatures à la soie, aussi près que possible de la masse splénique, afin de ne pas pincer l'estomac avec les fils, car l'épiploon gastro-splénique était extrêmement court. Après quoi, je coupai le pédicule et pus extraire ce qui restait de la rate, c'est-à-dire son fragment supérieur, comprenant à peu près les deux tiers de l'organe.

Toilette rapide, avec des éponges aseptiques, de tout le champ

opératoire intra-abdominal qui, examiné avec soin, ne présente pas de trace de péritonite, pas même de rougeur de la séreuse. Drainage avec une grosse mèche de gaze iodoformée. Difficulté très grande pour réintégrer les anses grêles très distendues; suture à la grosse soie, en un seul plan, des incisions abdominales.

L'opération avait duré deux heures et le malade qui, quand elle fut terminée, n'avait plus de pouls et auquel nous fîmes une injection intra-veineuse de sérum d'un litre et avant cela quelques piqûres sous-cutanées d'éther, ne se réveilla que très péniblement vers 3 heures de l'après-midi, une heure après la fin de l'intervention.

Peu après le malade retomba dans un état syncopal persistant dont il n'était tiré que par la violence des douleurs qu'il ressentait dans l'hypochondre gauche. Le pouls était incomptable, irrégulier, les extrémités froides.

Le lendemain, à 8 heures du soir, le ballonnement du ventre, qui existait déjà avant l'intervention, s'accrut. Le malade ne rend pas de gaz de l'anus; il est repris de vomissements qui avaient cessé après l'intervention et ces vomissements sont fécaloïdes.

Pendant la journée du 17, le malade se refroidit progressivement et succombe cinquante-sept heures après l'intervention.

L'autopsie démontra que la mort était survenue par péritonite

OBSERVATION XIV

Bernard Pitts et C. Ballance (*Soc. clin. de Londres*, 14 fév. 1895)

*Hémorrhagie tardive à la suite d'une rupture de la rate.
Splénectomie au cinquième jour.*

Garçon de 10 ans, entre à l'hôpital le 11 septembre 1895. Cinq jours avant, en jouant au cricket, il avait reçu un violent coup dans le côté gauche; la douleur s'était calmée au bout de quelques heures.

Depuis le 11 septembre au matin, grandes douleurs dans l'abdomen ; on avait fait le diagnostic d'hémorrhagie interne.

Etat actuel. — Collapsus, pâleur, sueurs froides, pouls petit et rapide, respiration rapide et diaphragmatique. Abdomen tendu et proéminent, matité au niveau des flancs. En faisant changer le malade de position, on arrivait à faire disparaître la matité d'une façon complète dans le flanc droit, en partie seulement dans le flanc gauche.

Le petit malade revint peu à peu à lui et on l'opéra.

Opération. — Petite incision sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, flot de sang. Pensant à une rupture de la rate, on incisa aussitôt au niveau de la partie supérieure de la courbe semi-lunaire gauche ; on découvrit ainsi une grande quantité de caillots qu'on enleva et on arriva sur la rate qui était rompue au niveau de ses faces phrénique et rénale ; ces ruptures se prolongeaient jusqu'au hile et intéressaient les vaisseaux. Ligature et section du pédicule. Ablation des caillots et du sang. Guérison.

OBSERVATION XV

Th. Cohn (*München Med. Woch.*, 1900.)

Rupture de la rate. Splenectomie le 7^e jour,
(d'ap. Février).

Jeune maçon, 47 ans.

Traumatisme : a reçu dans le côté gauche un coup de truelle lancée par un camarade.

Symptômes : quatre jours après l'accident va consulter à pied son médecin, qui est frappé de sa pâleur. Celle-ci augmente, s'accompagne de faiblesses intermittentes. A son entrée à l'hôpital (7 jours après l'accident), il a une respiration accélérée et une soif vive. Dans le côté gauche, on observe une matité, s'étendant depuis la 5^e côte jusqu'en bas. A droite, matité s'étendant de la pointe de l'omoplate jusqu'en bas. La matité de l'abdomen se déplace avec

les changements de position. La radioscopie montre une ombre assez forte (sang) à partir de la 5^e côte vers en bas. L'estomac se distingue par une tache claire. Ecchymose linéaire et longue de 8 centimètres sur la peau recouvrant la 10^e côte.

Laparotomie (7^e jour). — Incision longue de 20 centimètres, parallèle et à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal gauche.

Lésions : déchirure profonde et transversale de la rate. La capsule sur la face convexe est détachée et flotte librement.

Foyers de contusion dans la rate.

Traitement : splénectomie.

Résultat : guérison.

III. HÉMATOMES SUPPURÉS

Dans ce groupe, nous comprenons les abcès traumatiques de la rate, les phlegmons périspléniques, ainsi que les suppurations survenues dans un hématome déjà enkysté.

a) Cinq fois la suppuration splénique *s'est ouverte dans le tube digestif*.

OBSERVATION XVI

Fahner (*Über die plötzlichen Todes arten*), d'après L. Mayer.

Abcès traumatique de la rate ouvert dans l'estomac.

Un jeune homme, ayant tombé d'une échelle sur le côté gauche, éprouva à partir de ce moment des douleurs continues.

Peu après survint de la fièvre, accompagnée de sueurs nocturnes et d'amaigrissement, en même temps qu'apparaissait, dans l'hypo-

condre gauche, une tuméfaction fluctuante. D'une incision faite en ce point, s'écoulaient environ douze onces d'un liquide fétide. La fièvre et les sueurs nocturnes disparaissent, les forces augmentent et la plaie se ferme. Il vit ainsi durant deux mois. Subitement, à la suite d'angoisse très marquée, il vomit une quantité de liquide fétide, tout à fait analogue à celui qui s'était écoulé par la plaie. Peu après, la mort survint au milieu de tremblements. *Autopsie.* — Rate ronde, triple de son volume normal, intimement unie à l'estomac qui, à ce niveau, est dur et calleux, ainsi d'ailleurs que la totalité de la rate, qui donne la sensation d'un corps cartilagineux. Au point d'union se trouvait une ouverture par laquelle on pouvait, par la pression, faire sourdre le liquide fétide siégeant dans la rate et la remplissant entièrement. Des traces très visibles de l'incision faite pendant la vie subsistaient.

OBSERVATION XVII

Kerkring (*Spicilegium anatom.*, obs. XXXIII).

Abcès traumatique de la rate ouvert dans le tube digestif
(d'après Ludwig Mayer).

Une jeune fille de 19 ans fut renversée, alors qu'elle était en traîneau, de telle façon que son côté gauche porta sur une pierre. Immédiatement après la chute, elle éprouva de violentes douleurs, qui disparurent au bout de douze jours, et la malade ne présenta pas d'autres accidents ; toutefois, elle éprouva par la suite des sensations pénibles dans la région splénique, au moment de ses règles et à la suite de grandes fatigues physiques.

Trois années après l'accident, à la suite d'une peur très vive, elle évacue, par des vomissements et de la diarrhée, le contenu d'un abcès de la rate.

[OBSERVATION XVIII

Jacquinelle (*Associat. méd. Journal*, avril 1853).

Abcès traumatique de la rate ouvert dans le tube digestif.

Douleur dans l'hypochondre gauche, consécutive à une chute.

Avant la mort survient l'évacuation d'une quantité considérable d'un liquide noir, d'odeur très fétide, se produisant avec la défécation. La rate était augmentée de volume, accolée au colon, et contenait un abcès qui s'évacuait par l'intestin.

OBSERVATION XIX

Henning (*Sammlungen und abhandlungen der medizinischen Societät zu Budissin Allenburg*, 1757.

Abcès probable de la rate ouvert dans l'estomac. Guérison.

Une jeune fille adulte, de faible constitution, qui autrefois, dans une chute, s'était contusionnée la région lombaire, tombe subitement malade et souffre, du côté gauche, dans la région splénique, d'une violente douleur déchirante et lancinante. Extérieurement, pas de tuméfaction. Elle ne pouvait ni marcher ni rester assise et, lorsqu'elle se levait, il lui était impossible de respirer profondément.

Tout d'un coup, elle éprouva comme une déchirure interne au niveau du point douloureux. Des nausées et des vomissements survinrent, et avec eux une évacuation de pus bien lié. Pendant quelques jours, l'urine contenait du pus. Rapide retour à la santé.

OBSERVATION N° XX

Luigi Sirleo (Pise, 1895 ; d'après Il Policlino, 1896).

Caverna della milza comunicante con l'intestino ; rottura della stessa ; péritonite consecutiva.

La pièce anatomique que je présente appartenait à un homme de 35 ans, de bonne constitution générale et d'un fort développement squelettique et musculaire. Au point de vue clinique, nous savons seulement qu'il a subi un traumatisme sur le côté gauche du tronc environ trois mois avant la mort, traumatisme qui occasionna, dans l'hypochondre gauche, une douleur spontanée, qui alla bientôt en diminuant d'intensité et ne fut plus révélée dans la suite que par la pression locale. Dans le dernier mois, il fut affaibli par une fièvre vespérale à type intermittent, qui toutefois ne l'empêchait point de vaquer à ses affaires.

Un beau jour, sans causes appréciables, apparurent des symptômes manifestes d'occlusion intestinale. Il fut conduit à l'hôpital où peu d'heures après il mourut dans le collapsus.

A l'autopsie on trouva une péritonite septique. La rate était hypertrophiée et sa capsule très épaissie, surtout à son pôle inférieur, qui était fortement adhérent au côlon. A l'intérieur de la rate, on trouva une caverne de la grosseur du poing qui s'était ouverte dans le péritoine. Ayant enlevé d'une seule pièce la rate et l'intestin, on trouva, en regard du point où s'était fait l'adhérence, outre les plis de la muqueuse intestinale, une petite ouverture quasi linéaire. Cette ouverture communiquait par l'intermédiaire d'un trajet long et étroit — trajet qui se découvre avec la sonde — avec la caverne de la rate. Le reste du côlon ne présentait pas d'altération semblable.

La localisation du processus à la rate et la petite lésion de la muqueuse intestinale me donnent à penser que l'altération a dû débiter en premier par la rate à la suite du traumatisme qui fut — comme il apparaît dans l'observation — l'origine des troubles ressentis par le malade. Voici la succession morbide : splénite et péri-splénite autour d'un foyer hémorragique survenu à la suite du traumatisme, adhérence à l'angle du côlon, compression d'une

petite partie de muqueuse et dans la suite ulcération. Infection par voie intestinale et formation de la caverne ; rupture de celle-ci et péritonite.

b) Dans une des suppurations d'abcès traumatiques de la rate mentionnées par Besnier, l'abcès s'ouvrit *dans la plèvre*. Il en fut de même dans les observations de Collin et de Gunther.

OBSERVATIONS XXI-XXII

Besnier (*Dict. encycl. des Sc. méd.* p. 481).

Trois cas de splénite suppurée traumatique.

1^o *Berlyn*, cité par Bamberger, rapporte le cas d'un soldat qui, à la suite de marches forcées, fut atteint d'un abcès de la rate qui s'ouvrit au dehors, et laissa échapper une grande quantité de pus ainsi que de nombreux débris du viscère malade, la guérison fut complète.

2^o Un cas absolument semblable, mais terminé par la mort, est rapporté par *Dalmas* : il s'agit encore, en effet, d'un soldat qui, après de longues et pénibles marches, fut pris de douleurs dans l'hypochondre gauche et de fièvre : état grave, frisson, puis, après vingt jours, apparition d'une tumeur fluctuante à la région lombaire ; incision, suppuration abondante d'abord puis tarie, mort. A l'autopsie, on ne trouva à la place de la rate qu'une espèce de kyste uni par de nombreuses adhérences au diaphragme et aux organes voisins. Ce kyste paraissait formé par la capsule fibreuse et la tunique péritonéale. A l'intérieur on ne trouvait plus aucune trace du parenchyme splénique, mais seulement une assez grande quantité de pus ressemblant à celui qui s'était écoulé pendant la vie. Le rapport dans ces faits entre la lésion et la cause supposée paraît être peu douteux. Je ne suis pas porté à penser cependant qu'il s'agisse ici de splénite suppurée simple, mais d'une suppuration déterminée dans la rate et autour de la rate, préalablement altérée, soit par une lésion, soit par un traumatisme resté inapprécié.

3^e Une autre observation, appartenant à *Audouard*, est un peu plus démonstrative : un soldat comme les malades précédents, de faible constitution, sorti de Gironé en 1810, pour aller faire du bois dans la campagne, revint chargé d'un énorme fardeau ; le même jour et le jour suivant, il se plaignit d'une douleur à l'hypochondre gauche et au bout de deux mois présenta les signes d'un empyème, ouvert par le docteur Duplan : un litre de liquide couleur chocolat sortit par la plaie ; l'odeur en était très sulfydrique, mort peu de jours après. Autopsie : rate doublée de volume, adhérente par son extrémité supérieure au diaphragme, perforée par une ulcération de deux pouces de diamètre : la cavité splénique correspondante aurait pu loger une grosse noix.

OBSERVATION XXIII

E. Collin (*Mémoires de méd. et pharm. militaires*, Paris, 1855).

Hématome suppuré péricapsulaire ouvert dans la plèvre
(d'ap. Besnier).

Homme, 28 ans, cachexie paludéenne.

Symptômes : Douleur subite dans l'hypochondre gauche avec propagation dans le côté gauche de la poitrine. Crachats spumeux, dyspnée et menace de suffocation. Vingt-quatre jours après, nouvelle attaque semblable, et mort le troisième jour.

Autopsie. — Rate triplée de volume, dont le tiers supérieur est inclus dans un foyer péricapsulaire constitué par des adhérences très résistantes, établies entre le lobe gauche du foie, l'estomac, le diaphragme et le lien supérieur de la rate. En détruisant ces adhérences, on pénètre dans un foyer, dont la capacité peut être d'un quart de litre et qui contient du pus inodore, couleur chocolat, avec des grumeaux et des débris pseudo-membraneux. Cinq ou six déchirures de la rate, en partie recouvertes d'exsudats plastiques. Ramollissement pulpeux de la rate. Communication du foyer péricapsulaire avec la plèvre gauche, à travers le diaphragme ; trois litres de sérosité limpide dans l'abdomen.

OBSERVATION XXIV

Gunther (in Otis, d'après Sieur).

Abcès consécutif à une rupture de la rate.

Une rupture de la rate consécutive à une contusion par un éclat d'obus se termine par la formation d'un vaste abcès et la mort survient un mois et demi après l'accident. La rate était déchirée en deux parties le long de son hile, et le pus avait fusé en haut dans la plèvre gauche, et en bas dans la fosse iliaque du même côté.

c) Cinq fois le foyer purulent fut INCISÉ ET DRAINÉ avant toute migration du pus :

OBSERVATION XXV

Lampe (*Münchener med. Wochensch.*, 1895, n° 20, p. 461),
in rapport Hartmann (*Soc. de Chirurgie*, 1901, p. 229).

Grosse collection suppurée sous-phrénique, au milieu de laquelle nageait la rate rupturée. Incision. Résection de la 11^e côte. Drainage.

OBSERVATION XXVI

Riddle Goffe (*Medical News, Philadelphie*, déc. 1898, p. 831),
in rapport Hartmann (*loc. cit.*).

Jeune garçon, subit violente contusion de l'hypochondre gauche, qui entraîne des symptômes alarmants, vite disparus.

Trois semaines après apparaissent de violents symptômes de péritonite, qui obligent Riddle Goffe à réséquer l'appendice. Dans la suite apparurent les signes nets d'un abcès sous-phrénique. L'enfant mourut et à l'autopsie on trouva un abcès de la rate.

OBSERVATION XXVII

Karewski (Soc. de Méd. interne de Berlin, 3 déc, 1900).

*Abcès périsplénique, consécutif à un traumatisme.
Splénectomie. Guérison.*

Une jeune fille de 13 ans, fut, au mois de juin 1900, violemment serrée contre un mur par une voiture. Transportée sans connaissance à l'hôpital, elle fut trouvée atteinte d'une fracture de la clavicule et de désordres abdominaux, qui cédèrent à l'emploi de l'opium.

Mais, un certain temps après, survinrent de nouveau de la fièvre et des douleurs abdominales sans vomissements. L'examen permit de reconnaître l'existence, dans l'hypochondre gauche, d'un abcès situé sous le diaphragme, qui fut d'abord ponctionné et incisé. On trouva, outre une grande quantité de pus fétide, la rate qui était complètement séparée de sa capsule, et qui se laissa enlever sans difficulté. Guérison. (D'après *Semaine Médicale*, 1900).

OBSERVATION XXVIII

F. Lejars (Soc. Chir., 6 mars 1901.)

Accidents tardifs des ruptures spléniques.

...Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, que j'opérai à l'hôpital Beaujon. Il était entré dans un service de médecine,

pour des accidents péritonéaux, et voici ce que l'on découvrit. Dix jours avant, il avait fait une chute violente sur le côté gauche du tronc et, à la suite, il avait dû rester plusieurs jours alité, sans se faire soigner d'ailleurs; puis, la douleur s'atténuant, il avait repris tant bien que mal son travail. Depuis quelques jours les accidents avaient reparu et s'étaient aggravés: vomissements, mauvais poulx, facies grippé, augmentation rapide du volume du ventre. On trouvait, dans l'hypochondre et le flanc gauches, une tumeur énorme tendue, douloureuse, qui se prolongeait au-delà de la ligne médiane.

Je fis une laparotomie latérale sur la voussure, et je tombai sur une poche adhérente à la paroi, que j'ouvris largement; il en sortit une quantité considérable de sang noir et de caillots, et je pénétrai dans une cavité qui occupait exactement la région splénique. Naturellement, aucune hémorrhagie ne se produisant dans la profondeur, je ne cherchai pas la déchirure, et je me contentai de drainer la poche. La guérison eut lieu sans incidents et s'est maintenue.

Il me paraît donc probable que j'ai eu affaire, dans ce cas, à une rupture splénique, l'hémorrhagie splénique s'étant enkystée. Toujours est-il qu'au bout de peu de temps des accidents graves se produisaient et nécessitaient l'intervention d'urgence.

OBSERVATION XXIX

Bardenheuer (*Deutsch. Med. Woch.*, 1897).

Rupture de la rate. Hématome en voie de suppuration.

Splénectomie le 11^e jour (d'après Février).

Homme ayant fait une chute d'une hauteur de quatre mètres.

Pas de schock bien fort au début; amélioration progressive.

Il y a fracture des 6^e et 7^e côtes gauches.

Le 11^e jour, aggravation subite: fièvre et irritation péritonéale.

Laparotomie le 11^e jour. Incision dans le flanc gauche sous forme de porte, après résection des deux côtes inférieures.

Lésions : entaille largement béante s'étendant obliquement de haut en bas sur la face convexe de la rate. Profondes déchirures étoilées autour du hile, lésions des vaisseaux. En outre, vaste hématome encapsulé en train de suppurer.

La rate était doublée de volume.

Intervention : splénectomie.

Résultat : guérison.

IV. — HÉMATOMES ENKYSTÉS

Nous avons pu réunir 22 cas non douteux d'hématomes enkystés, consécutifs à une hémorragie de la rate.

a) Dans les 13 premières observations, le rôle du *traumatisme* apparaît d'une manière évidente, et le kyste semble avoir pour origine une contusion du parenchyme ou une rupture de la capsule splénique.

OBSERVATION XXX

Crédé (*Archives de Langenbeck*, 1882. t. XXVIII, p. 401)
(d'après Vanverts).

Kyste de la rate. Splénectomie. Guérison.

Homme de 44 ans. A la suite d'un traumatisme dans la région de la rate, il éprouve de vives douleurs qui durent cinq jours consécutifs. Un an avant l'opération, il remarque, du côté gauche de l'abdomen, une tumeur du volume du poing, sensible seulement à une forte pression et qui grossit rapidement.

En examinant le malade, on trouve, en effet, une tumeur du

volume d'une tête de fœtus, fluctuante, mobile, fixe à sa partie supérieure. Le chirurgien, hésitant entre une hydronéphrose et un kyste de la rate, se décide (25 septembre 1881) à pratiquer une incision au niveau du muscle droit de l'abdomen gauche, depuis les côtes jusqu'à la crête iliaque et tombe sur une tumeur à parois minces, contenant environ 4.350 grammes d'un liquide jaune, limpide et contenant de nombreux cristaux de cholestérine qu'il évacue par la ponction.

Une légère traction permet d'attirer au dehors la tumeur, qui occupe toute la moitié inférieure de la rate. M. Crédé procède alors à l'extirpation de cet organe, après avoir lié toutes les artères du pédicule qui, d'ailleurs, est très court. Perte de sang presque nulle. Poids de la rate enlevée : 1.720 grammes. Guérison en quatorze jours, sans réaction inflammatoire.

Toutefois, il est à noter que, malgré ce résultat opératoire satisfaisant, le malade ne tarda pas à tomber dans une anémie profonde, avec gonflement visible de la thyroïde, qui dura environ quatre mois, mais diminua à mesure que l'état du malade s'améliorait, jusqu'à disparaître complètement.

Dès le huitième jour qui suivit l'opération, on constata une augmentation du nombre de globules blancs, 4. G. B. : 3 à 4 G. R. Au bout de deux mois, tout rentra dans l'ordre normal. Pas de gonflement des ganglions lymphatiques.

Dix mois après l'extirpation de sa rate, le malade jouissait encore d'une bonne santé.

En 1885, la guérison persistait, complète.

OBSERVATION XXXI

(M. Terrier, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*,
2 nov. 1892).

Kyste séro-sanguin de la rate.

La malade qui fait l'objet de cette observation, Mme C..., est une jeune femme de trente-trois ans, assez nerveuse, anémique ;

elle a eu successivement trois enfants et a présenté des accidents septicémiques à la suite de son premier accouchement. En mai 1891, elle a contracté les oreillons auprès de ses enfants atteints de la même affection; à peine convalescente, elle a eu une deuxième maladie infectieuse de nature diphthérique. Quelques semaines plus tard, en prenant des douches froides, elle reçut sur la partie latérale gauche de l'abdomen un jet assez violent, qui occasionna à ce niveau une douleur vive, laquelle persista à la suite de l'incident. On l'examina à ce moment et l'on ne constata rien d'anormal.

Au mois de juillet suivant, on vit apparaître dans la région de la rate une tuméfaction, qui grossit progressivement, en même temps que les douleurs augmentaient, au point d'empêcher la malade de s'habiller; des troubles digestifs survinrent également, et peu à peu l'état général devint suffisamment grave, pour que l'on commençât à s'inquiéter. MM. Ollivier et Debove, qui l'examinèrent alors, pensèrent à un déplacement du rein, à une tumeur probable de cet organe.

Lorsque je vis la malade, à la fin d'octobre 1891, il existait dans la région de la rate une tumeur parfaitement appréciable, de forme irrégulièrement sphérique, du volume des deux poings réunis, fluctuante en certains points, mobile latéralement mais non de haut en bas, et enfin manifestement fixée à sa partie supérieure par un pédicule remontant vers l'hypochondre gauche. Je portai le diagnostic de kyste de l'épiploon ou de kyste de la rate, et ce qui me fit surtout penser à une lésion splénique, c'est que la malade avait subi récemment l'évolution de deux processus infectieux; en outre je songeai également à ce traumatisme exercé par le jet de la douche et qui avait pu, soit exercer une influence directe, soit réveiller seulement la douleur jusque-là latente dans un organe déjà malade.

Je ne fus pas partisan d'une ponction qui n'aurait fort probablement donné qu'un résultat très incomplet, en raison de la nature du contenu; et, comme la malade demandait instamment à être débarrassée de sa tumeur, je me décidai à faire une laparotomie que je pratiquai le 16 novembre, avec l'aide de M. Quénu.

Opération: Incision médiane sus et sous-ombilicale. Le péri-

toine ouvert, on repousse à droite l'épiploon, l'estomac et les anses grêles de l'intestin. On arrive alors sur une tumeur arrondie, adhérente de tous côtés à l'épiploon gastro-splénique. La tumeur, rouge brun, est libérée, ponctionnée, et on retire un liquide sanguin mélangé de fibrine. La tumeur vidée est attirée au dehors. Il s'agit d'un kyste de la rate, semblant formé par un décollement de la capsule, et occupant la face convexe de la rate un peu hypertrophiée.

Excision de la paroi kystique au ras de son insertion sur la rate, puis cautérisation de la surface de section et de la surface splénique incluse dans le kyste avec le thermocautère.

Durée de l'opération : 56 minutes.

Les suites immédiates furent très simples, sauf quelques accidents produits par une petite suppuration de la paroi, et la malade peut rentrer chez elle le 30 janvier.

Elle se portait fort bien, quand au mois de mai suivant, un de ses enfants, se jetant sur elle, lui contusionna la région splénique qui, depuis lors, est douloureuse. Elle a toujours une tuméfaction anormale de la rate, qui ne lui a pas empêché de reprendre sa vie habituelle.

Examen du kyste : Le liquide est constitué par du sang coagulé (fibrine), et du sérum contenant des globules rouges et blancs, ceux-ci en proportion normale. La paroi est formée de tissu conjonctif, présentant des dépôts calcaires par places ; sa face intérieure est tomenteuse et recouverte de fibrine.

OBSERVATION XXXII

(Schalite, *Soc. de Méd.* de Kieff, Wracht, 1894, n° 9).

Kyste sanguin de la rate. Splénectomie. Guérison.

La malade, âgée de 36 ans, est entrée à l'hôpital avec de la dyspnée, de la pesanteur et des douleurs abdominales. Il y a deux ans, à la suite d'un accouchement, elle s'est aperçue de l'augmentation de volume du ventre et de l'œdème des jambes.

À l'entrée à l'hôpital, la malade est très émaciée. Le ventre est énorme, sa partie gauche est plus saillante que la droite et on y constate à la palpation une tumeur dure indolore, plus ou moins mobile, remontant sous les fausses côtes gauches où son bord supérieur ne peut être délimité. Pas d'ascite.

Diagnostic : Tumeur kystique ou kyste hydatique de la rate.

Laparotomie exploratrice. — On tombe sur une tumeur de couleur brune, adhérente au grand épiploon et aux anses intestinales, de consistance mollassse. Ponction et évacuation de 8 litres de liquide brunâtre où nageaient des lambeaux de tissu splénique. La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était formée d'une capsule remplie de lambeaux dégénérés de tissu splénique. Seule, la partie supérieure de la rate était composée de tissu normal. Section des adhérences, section du pédicule entre deux ligatures, extraction de la rate.

Suites opératoires : Excellentes. Deux mois après, santé excellente.

OBSERVATION XXXIII

G. Bacelli (*Il Policlinico*, 15 marzo 1897).

Di una cisti ematica della milza.

Thérèse C..., 27 ans, de Viterbe, mariée, femme de chambre, est amenée à la clinique le 7 janvier 1897. Pas d'hérédité morbide. Sauve de tout exanthème dans l'enfance, elle a eu une pneumonie droite à 13 ans, mais n'a pas eu d'autres maladies dignes d'être retenues. La menstruation, commencée à 14 ans, s'est maintenue toujours plus ou moins irrégulièrement. Présentement, elle croit être enceinte de quatre mois.

Concernant la maladie qui l'a fait entrer à la clinique, elle raconte que deux mois auparavant, transportant un jour une table d'une pièce dans une autre, elle tenait la table soulevée et la portait en marchant à reculons, quand elle vint heurter avec violence

contre le coin d'un meuble. Le coup avait porté dans la région lombaire gauche, juste au-dessous du rebord des côtes. La douleur fut très vive, mais ne dura pas longtemps, si bien que la malade continua tout le jour à vaquer à ses occupations. Néanmoins, elle assure qu'au moment du coup elle a ressenti comme si un organe interne s'était déplacé brusquement. Ensuite, elle resta debout pendant quatre jours, se trouvant bien, se rappelant le coup qu'elle avait reçu seulement par la douleur très vive qu'elle ressentait, en se levant du lit, à l'épigastre, dans l'hypochondre gauche, et jusqu'à la région des lombes.

La douleur, qui était gravative, disparaissait au bout d'une demi-heure. Mais dix jours après, tandis qu'elle lavait à la fontaine, la douleur reparut de nouveau et elle était tellement intense qu'elle l'obligea à se mettre au lit. Elle dura, cette fois, pendant deux mois. Le médecin fit une application locale de sangsues, puis de vésicatoires, enfin de teinture d'iode. Pendant ces deux mois, la malade eut une céphalée assez intense, qui, selon son affirmation, céda au sulfate de quinine. Bref, elle n'avait ni sueurs, ni élévation manifeste de la température du corps.

La douleur disparut spontanément au bout de deux mois, et alors la malade s'aperçut qu'elle portait dans la région de l'hypochondre gauche une tumeur qui augmentait manifestement de volume.

La malade affirme que dans les derniers temps, elle était sujette à de grands frissons, qui duraient environ un quart d'heure, sans être accompagnés de céphalée, de sueurs, ni d'aucun autre trouble. L'apparition et le développement de cette tumeur la déterminèrent à entrer à notre clinique,

Examen objectif. — D'une constitution squelettique régulière, cette dame a un développement assez faible et un teint pâle. Elle a des effélides sur la face, le cou et les bras, en raison de sa grossesse. Les muqueuses sont pâles, les dents saines. Poumon et cœurs sains.

Abdomen. — A l'inspection il est plus saillant et plus distendu dans l'hypochondre gauche, et la cicatrice ombilicale est attirée de côté.

La palpation de tout l'abdomen montre que cette portion supé-

rière gauche est indolente, quoique la malade accuse une douleur spontanée ni intense ni permanente, ayant le caractère d'un point, sous l'arcade hypochondriaque gauche dans le prolongement de la ligne parasternale. La palpation du quadrant supérieur gauche dénote une augmentation de consistance, qui résulte de la présence d'un corps de forme ellipsoïde et irrégulière, s'étendant dans le prolongement de la ligne parasternale gauche, allant jusqu'à la ligne axillaire du même côté et s'unissant en bas à une ligne transversale passant par l'ombilic. Sa superficie est lisse ; ses bords sont arrondis, la consistance est molle, élastique, et nettement fluctuante. Cette masse est mobile en totalité latéralement ; elle s'abaisse dans la respiration. Cependant, par la percussion seule, nous pouvons nous faire une idée exacte des limites supérieures de la tumeur qui sont les suivantes :

- 1° Ligne parasternale gauche : arcade hypochondriaque.
- 2° Ligne passant par la moitié de la clavicule gauche : 5^e espace.
- 3° Ligne axillaire moyenne gauche : 6^e côte.
- 4° Ligne axillaire moyenne gauche : 7^e côte.
- 5° Ligne axillaire postérieure gauche : 8^e espace.

Puis la ligne descend avec une légère courbe jusqu'à la 11^e côte. La percussion ne nous permet plus de la suivre outre cette limite, mais la palpation permet de reconnaître en bas son prolongement.

Expectation.

OBSERVATION XXXIV

Wiklein (d'après Bacelli, *Il Policlinico*, 1897).

Kyste hématique de la rate.

Femme de 37 ans, s'aperçoit *après une couche*, de la présence d'une tumeur dans le flanc gauche. Celle-ci augmenta rapidement et acquit son volume en sept semaines.

Laparotomie. — Tumeur kystique de la grosseur d'un poing

reposant sur la face externe de la rate, dont elle avait par pression rendu la surface concave. Le kyste et la rate formaient une tumeur en forme de gâteau; le kyste était sous-péritonéal (sous-capsulaire) et le péritoine était très mince. Le contenu était du sang altéré et le parenchyme splénique n'était pas modifié.

Splénectomie. Guérison.

Wiklein pense qu'il s'agissait d'une hémorrhagie splénique par veine variqueuse. Subbotic, qui rapporte le cas, croit à une hémorrhagie capsulaire.

OBSERVATION XXXV

Heurtaux (*Bul. Soc. Chir.* 1898, p. 928).

Kyste hématique de la rate contenant près de 10 litres de liquide. Traumatisme antérieur.

Mlle L..., 27 ans, vient consulter le 16 avril 1896 pour une tumeur du ventre. Quoique d'apparence un peu délicate, cette jeune fille n'a fait aucune maladie. Pas de fièvres intermittentes. Réglée pour la première fois à 13 ans et demi, elle a eu une suspension de ses époques pendant 18 mois, puis les règles sont revenues à 15 ans et depuis lors ont été à peu près régulières. Elles sont modérées; le sang est bien coloré.

Il y a huit ans, cette jeune fille a fait une chute sur le dos, dans un escalier d'une hauteur de quatre marches. Au moment de l'accident, elle a ressenti dans le flanc gauche une douleur, qui a persisté quelques jours.

Un an après, Mlle L... s'est aperçue qu'elle avait dans le flanc gauche une grosseur du volume du poing, non douloureuse, ne paraissant pas mobile. Depuis lors cette tumeur a progressivement grossi, sans que la santé générale ait été aucunement troublée.

Etat actuel. — Ventre très développé, mais irrégulier, beaucoup plus bombé dans sa moitié gauche. La disproportion entre

les deux côtés du corps est manifeste, surtout au niveau de la taille ; tandis que du côté droit existe la dépression normale, qui répond aux dernières côtes, à gauche la base de la poitrine est soulevée au point de produire une voussure qui en bas se continue avec la saillie du ventre et qui s'étend en haut jusqu'au tiers supérieur de la poitrine, dont les côtes sont soulevées.

Au palper du ventre, la main sent une tumeur dont les limites sont faciles à établir. Cette tumeur occupe les trois quarts gauches de la cavité abdominale. Au flanc gauche, elle est immédiatement appliquée contre les parois du ventre. A droite, au contraire, elle ne s'étend pas au contact de la paroi. En haut, vers l'hypochondre droit, la tumeur a un bord presque anguleux, tandis qu'au-dessous le bord est régulier et mousse. En avant, au niveau de l'hypogastre, la tumeur forme un relief beaucoup plus saillant, globuleux, étendu de l'ombilic au pubis, ressemblant assez bien à l'utérus gravide ou à la vessie distendue par l'urine : mais le toucher vaginal fait reconnaître un utérus petit, normal, et le catéthérisme prouve que la vessie est vide.

Dans le quart droit de l'abdomen, dans toute sa hauteur, la percussion donne une sonorité parfaite ; on trouve également de la sonorité entre le foie et la partie la plus voisine de la tumeur. Dans ses trois quarts gauches, au contraire, le ventre offre une matité absolue, et cette matité monte sans interruption, jusqu'au tiers supérieur du côté gauche de la poitrine. Dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, au niveau de la ligne axillaire, à gauche, la respiration est absente.

Enfin, toute l'étendue de la tumeur est manifestement fluctuante, sauf dans une zone très limitée au niveau de l'hypochondre droit. Cette fluctuation très nette se transmet d'une main à l'autre entre les points les plus éloignés, ce qui prouve que la cavité est uniloculaire. Les parois de la poche sont souples mais tendues, et ne donnent pas l'impression d'une minceur extrême.

Tenant compte du siège de la tumeur, de l'extension qu'elle a prise du côté gauche, on diagnostiqua un kyste probable de la rate. Un kyste de l'ovaire, une péritonite tuberculeuse limitée, une hydronéphrose n'auraient pas cette apparence.

Etat général excellent. Pas de troubles fonctionnels, sauf une constipation légère.

Opération (20 avril 1896). — Laparotomie médiane. Incision de 12 à 15 centimètres. La paroi du kyste a une coloration violette ; on reconnaît de suite qu'elle est pourvue d'un feuillet péritonéal, jouissant d'une certaine mobilité. La main introduite dans l'abdomen trouve la tumeur libre en avant et à droite ; mais à gauche, à environ 10 centimètres de l'incision, on est arrêté par le feuillet péritonéal qui se réfléchit à la surface du kyste vers la paroi du ventre. Ainsi le kyste est largement bridé et immobilisé par le feuillet séreux qui le revêt. L'incision abdominale est agrandie de façon à dépasser l'ombilic.

La paroi kystique se montre ainsi à découvert dans une grande étendue. Son feuillet séreux est largement incisé et on le décolle à droite et à gauche pour décortiquer le mieux possible la paroi du kyste ; mais on est bientôt arrêté à cause des adhérences serrées ou plutôt de la fusion complète qui existe entre le feuillet séreux et la paroi propre du kyste. La poche est ponctionnée avec le gros trocart et l'on voit sortir un liquide épais, couleur chocolat foncé, contenant un grand nombre de grumeaux noirs, fermes, constitués par du sang altéré. La quantité de liquide évacuée est de neuf litres trois quarts. Le kyste étant vidé, on l'ouvre largement avec des ciseaux et l'on tente d'en décortiquer une nouvelle zone ; mais la chose est impossible ; on se borne à réséquer la portion qui a pu être libérée, et qui ne représente qu'une bien petite partie du kyste, comparé à la totalité de la poche.

Puis on procède au nettoyage de la cavité kystique. La main et l'avant-bras sont introduits et enlèvent une quantité considérable de caillots noirs, anciens, adhérents aux parois ou libres dans la cavité. Il en est de gros comme le pouce et même comme des noix. On reconnaît, comme on pouvait le prévoir d'après l'examen clinique, que le kyste remonte très haut dans le côté gauche de la poitrine, le diaphragme ayant été singulièrement refoulé par la tumeur ; aussi le bras s'enfonce dans cette direction à une effrayante profondeur.

Après l'action des doigts, on se sert de la curette pour nettoyer plus complètement la paroi ; mais on est bientôt contraint de s'ar-

rêter, car le curettage, même fait avec précaution, provoque l'écoulement d'une notable quantité de sang rouge vif. On achève le nettoyage de la poche en y faisant passer 10 à 12 litres de sérum à 40 degrés.

Il reste à marsupialiser le kyste en fixant son ouverture à une partie de l'incision de la paroi abdominale tout d'abord, on réunit par un surjet de catgut les bords du feuillet séreux du kyste et du péritoine pariétal. Puis les bords réséqués de la paroi kystique, épais et de consistance fibreuse, sont suturés, également au catgut, par des points séparés, avec la partie moyenne de l'incision des parois du ventre. Cette suture comprend tout à la fois l'aponévrose et la peau. Suture de l'incision au-dessus et au-dessous du kyste.

Quatre gros drains sont laissés à demeure : deux très long s'enfoncent en haut jusqu'au point le plus élevé du kyste, deux en bas en se dirigeant au point le plus déclive.

Le segment de poche réséquée permet d'étudier la structure de la paroi du kyste. Son épaisseur est de 3 à 4 millimètres, sa résistante grande, et l'examen histologique y fait reconnaître exclusivement du tissu fibreux dense à fibres feutrées.

Analyse du liquide — Séparé de ses caillots (par M. Andouard, de Nantes).

Liquide visqueux, infiltrable, d'un brun rouge foncé, très trouble
Réaction neutre.

Densité : 1,029 à 15 degrés.

Composition chimique.

Globules rouges et blancs.....	0,712
Sérine.....	3,396
Sérum globuline.....	2,194
Urée.....	0,021
Cholestérine.....	0,480
Chlorures alcalins.....	0,608
Sulfates, carbonates, etc.....	0,210
Principes non dosés (lécine, etc.).....	0,975
Eau.....	91,404

Examen microscopique du dépôt. — Hématies, leucocytes, granulations sanguines très ténues, cellules granulo-graisseuses, cholestérine, le tout en abondance.

Dans les jours qui ont suivi l'opération, pas de température. Pansements tous les quatre jours, accompagnés de lavages qui pendant trois mois ont fréquemment fait sortir de gros grumeaux noirâtres (concrétions sanguines des parois). Enlèvement des fils le 9^e jour. Les drains supérieurs sont raccourcis le 9^e et le 20^e jours. les drains inférieurs sont rapidement enlevés. A partir du 20^e jour, à chaque pansement, on injecte dans la poche 50 grammes d'éther iodoformé à 1/10. La cavité diminue progressivement.

Vers la fin de juillet, trois mois après l'opération, Mlle L... éprouve tout à coup et sans cause des tiraillements très douloureux à la base de la poitrine, à gauche. Quinze jours après, ce même phénomène se reproduit, et la cavité devient chaque fois moins profonde. L'état général est excellent. Le trajet fistuleux très étroit s'enfonce encore obliquement en haut et en arrière vers la région lombaire au voisinage de la 12^e côte, à une profondeur de 15 centimètres environ. Il donne une certaine quantité de pus nécessitant un pansement tous les trois jours. On injecte toujours de l'éther iodoformé et de temps à autre une solution de chlorure de zinc à 1/12. La malade retourne chez elle à la fin d'août.

La jeune fille est revue dans les derniers jours de décembre. Le trajet fistuleux ne s'est pas modifié.

Le 2 janvier 1897, afin de donner issue au pus, une contre-ouverture est faite en arrière, longue de 3 centimètres, au contact de la partie moyenne de la 12^e côte. A l'aide d'un béniqué on pénètre dans la partie la plus déclive du foyer. On met un drain, de petit volume, qui dépasse les deux orifices du trajet et les lavages sont faits tous les deux jours.

Un mois après le drain est supprimé et le trajet fistuleux se bouche définitivement. La malade a perçu encore quelques tiraillements douloureux pendant 4 ou 5 mois.

OBSERVATION XXXVI

F. Lejars (XIV^e Congrès de Chirurgie. Paris, 1901).

Il s'agit d'une femme de 43 ans : ses antécédents ne présentent rien de bien spécial ; elle a eu six grossesses : le second accouchement a été suivi d'accidents puerpéraux, qui durèrent deux mois. Il y a trois ans, elle a fait une fausse couche, suivie aussi d'accidents infectieux. Pourtant, à part une leucorrhée assez abondante, qui traduit la métrite cervicale, ce passé pelvien ne semble avoir laissé que peu de traces.

Elle se portait bien, en somme, jusqu'en mai 1900, et c'est au 30 mai qu'elle rapporte la date initiale de la maladie actuelle.

Elle fut prise, subitement, de douleurs aiguës à la région épigastrique, de vomissements, de diarrhée : on crut à une colique hépatique, puis on pensa à la péritonite. Au bout de quelques jours, cette crise violente se calmait, la douleur se cantonnait au côté gauche du ventre, mais demeurait très intense à ce niveau et contraignait la malade à garder le lit. Ajoutons qu'il n'y avait pas de fièvre.

Cet état douloureux se poursuivit pendant six mois, et le médecin traitant finit par émettre le diagnostic de pleurésie diaphragmatique et envoya la malade à l'hôpital Tenon, où elle entra, le 19 décembre 1900, dans le service de notre collègue, M. Ménétrier.

A ce moment, elle était très amaigrie, elle avait perdu l'appétit. La douleur était toujours vive dans l'hypochondre et le flanc gauches.

A ce niveau, on constate une voussure très marquée, qui empiète largement sur la région épigastrique et se prolonge dans la région lombaire, jusqu'à 3 centimètres de la colonne vertébrale ; dure et tendue à l'épigastre et dans l'hypochondre, la tumeur est molle, rénitente en arrière ; elle est mate sur toute son étendue et la matité remonte de la crête iliaque à mi-hauteur du poumon gauche.

Pas de fièvre ; pas d'œdème ; pas de ganglions ; l'examen des urines est négatif.

Dans la nuit du 21 au 22, se produisent quelques vomissements verdâtres. Le matin, M. le docteur Ménétrier pratique une ponction avec la seringue de Pravaz, dans la région lombaire, au point où la tumeur paraît le plus fortement fluctuante : il retire un liquide louche brunâtre.

Le 23, les vomissements continuent. La tumeur paraît devenir fluctuante sur une plus large surface : elle mesure, dans son diamètre transversal, de l'hypocondre droit en avant à la gouttière vertébrale en arrière, 40 centimètres ; verticalement, 12 centimètres sur la ligne médiane ombilicale ; 8 centimètres en arrière, sur la ligne descendante de la pointe de l'omoplate.

Le 24, M. Ménétrier fait une seconde ponction, cette fois à la région épigastrique, à mi-hauteur de l'ombilic et du rebord costal gauche : il retire trois seringues de Pravaz du même liquide brun, louche et sale.

Jusqu'au 3 janvier, la situation reste à peu près la même ; il n'y a toujours pas de fièvre.

Dans la nuit du 3 janvier survient un grand frisson, suivi d'une brusque élévation thermique à 39°,3 ; le pouls est à 124. Les vomissements reparaissent et se répètent. La tumeur est tendue, très douloureuse, mais le reste du ventre n'est pas ballonné.

La fièvre reste aussi élevée le lendemain, le pouls aussi fréquent, mauvais ; la tumeur paraît grossir.

Ce fut alors que M. Ménétrier me montra la malade, et que je constatai avec lui cette énorme collection kystique, remplissant tout l'hypochondre et le flanc.

L'intervention était urgente. Elle fut pratiquée le 5 janvier. Je fis une longue incision, oblique en bas et en avant, dans la région lombaire, sur le relief maximum de la tumeur ; et après avoir traversé les plans aponévrotiques, j'arrivai de suite sur la paroi de la poche adhérente, paroi mince et friable, qui s'effondra sous le doigt : il sortit une grande quantité, au moins un litre et demi, de liquide noirâtre hématique, mêlé de grumeaux de même aspect, et je pénétrai dans une vaste cavité close, qui répondait en arrière à toute la paroi lombaire, se prolongeait en avant jusqu'à l'om-

bilic, en bas jusqu'à la crête iliaque, vers le haut, d'un point, toute la loge périsplénique paraissait envelopper l'extrémité inférieure de la rate.

La paroi de la poche, partout continue, semblait, d'ailleurs, assez mince, sauf en haut, au niveau du cul-de-sac supérieur : elle était encroûtée de plaques noirâtres et friables, et de débris fibrineux qui furent détachés au doigt, puis la détersion fut achevée à l'eau bouillie, et un large drainage établi.

Cette intervention fit tomber les accidents et la malade, fort amaigrie et cachectique, reprit jour à jour ses forces. La guérison locale progressa lentement ; à la fin d'avril, la douleur reparut dans le flanc gauche, où se dessinait de nouveau une tuméfaction profonde et, le 2 mai, je débridai le trajet qui restait à la partie inférieure de la cicatrice, et je fus conduit dans un diverticule profond, qui fut curetté et détergé. En haut, sous la curette, il se produisit un suintement sanguin abondant, qui nécessita un tamponnement.

Aujourd'hui, la cicatrisation est complète ; l'état général est redevenu tout à fait florissant et la malade a repris son notable embompoint.

Trois ans avant le début des douleurs et l'apparition du gonflement, cette malade était tombée dans un escalier et s'était violemment heurté le côté gauche ; il en était résulté une forte contusion et une large ecchymose de l'hypochondre gauche, rien de plus ; au bout de quelques jours, tout semblait disparu, et ce fut d'une manière tout imprévue, brusquement, sans préparation aucune, que trois ans plus tard éclatèrent les accidents aigus, qui firent penser à la péritonite, puis à la pleurésie diaphragmatique.

OBSERVATION XXXVII

Docteur Chavier, (*Bulletin médical*, 1902).

Kyste hématique de la rate.

Le soldat C..., du 4^e bataillon d'Afrique, se présente à nous pour la première fois à Gabès, le 9 juin 1892. Il se plaint d'une

constipation datant de trois jours et accompagnée de quelques coliques. Langue un peu blanche, un peu de ballonnement du ventre ; température normale : sulfate de soude, repos et diète.

A 10 heures du soir, le malade nous fait appeler pour de violentes douleurs abdominales : il lui semble que son ventre éclate, dit-il. La purgation n'a fait aucun effet : il n'y a pas eu d'émission de gaz à l'anus dans la journée. Visage altéré, respiration difficile, pouls fréquent et petit. Pas de température. Le ventre est extrêmement ballonné et sonore partout, à l'exception de la région de l'hypochondre gauche, où l'on trouve une matité étendue.

Dans les antécédents, pas de fièvre intermittente, malgré un séjour d'un an dans le sud. Le malade n'a été à l'infirmerie de Tatahouine que trois jours, dix-sept mois avant, à la suite d'un coup de pied de mulet dans la région splénique. A sa sortie, il a repris de suite et facilement son service. Il a même fait sans fatigue le trajet par étapes de Tatahouine à Gabès (125 kil.).

Le malade est immédiatement envoyé d'urgence à l'hôpital, avec le diagnostic : occlusion intestinale aiguë.

Un lavement purgatif, des injections gazeuses, l'électricité ne donnant aucun résultat ; des piqûres de morphine calment un peu les souffrances.

Le lendemain matin l'état s'est encore aggravé : pouls rapide et petit, yeux excavés, extrémités cyanosées. Toute intervention opératoire est jugée inutile, et, en effet, quelques heures après la mort survient.

Autopsie. — A l'incision de la paroi abdominale, il s'échappe une grande quantité de gaz fétides. L'intestin n'est pas distendu, il n'y a pas trace de péritonite : aucun épanchement, mais on trouve épars, sur les anses intestinales, de nombreux petits morceaux de choux.

Dans l'hypochondre gauche, existe une tumeur développée aux dépens de la rate et ayant les dimensions et la forme d'un biscuit de Savoie. Cette tumeur repose sur la face antérieure de l'estomac, qu'elle a complètement aplatie ; en avant elle déborde les fausses côtes et touche directement la paroi abdominale. La partie externe est dirigée en arrière vers l'angle costo-vertébral. Trois

travers de doigt la séparent, en dedans, de la ligne médiane ; en bas, elle descend jusqu'à l'horizontale passant par l'ombilic.

La tumeur est extraite facilement de l'abdomen ; elle n'est pas adhérente aux organes voisins. Elle est constituée par un épanchement hématique de couleur rouge brunâtre, développé entre la capsule et le bord inférieur de la raté. Le poids total est de 2.370 grammes. La rate seule pèse 500 grammes.

Le fond de la poche est parsemé de dépôts fibrineux rougeâtres en voie d'organisation. La pulpe de la rate est légèrement diffluente. On constate au niveau de la petite courbure de l'estomac et empiétant sur la face antérieure une déchirure complète de la paroi, une déchirure mesurant environ 8 centimètres de diamètre ; les bords en sont déchiquetés. Par cette ouverture s'est échappée une masse alimentaire composée de petits morceaux de choux non digérés. La muqueuse stomachale est hypérémieée. Tout autour de la déchirure, on remarque une infiltration brunâtre, et la paroi en cet endroit est molle et se laisse déchirer facilement. Les intestins ne présentent rien de particulier. Il en est de même du foie et des reins.

OBSERVATION XXXVIII

Morestin, (Congrès de Chirurgie, 1904).

*Volumineuse hématocele périsplénique, consécutive
à une rupture traumatique de la rate.*

Il s'agit d'un homme de 37 ans, Victor Gabriel, créole de la Martinique, n'ayant jamais quitté l'île, avant que la nécessité d'une opération ne l'eut déterminé à venir en France. Il résidait dans une localité assez saine, exerçant la profession d'entrepreneur de routes.

Bien qu'il soit d'apparence assez chétive, sa santé était bonne, à peine troublée ça et là par quelques accès de fièvre, n'ayant jamais présenté aucun caractère de gravité. Enfin, si notre homme

n'ignore pas le goût du punch, il ne paraît pas du tout avoir été alcoolique.

Or, au mois de décembre 1902, au cours d'une discussion très chaude, Gabriel reçoit un coup de poing dans l'hypochondre gauche. Le choc est rude et fait chanceler le pauvre garçon. La douleur est si vive, qu'il abandonne aussitôt la lutte, contraint de s'asseoir, et craignant de perdre connaissance. Il se remet cependant, et sans demander son reste, il gagne péniblement sa demeure, d'ailleurs peu éloignée, marchant avec lenteur et tenant son ventre entre ses deux mains. La douleur se calme par le repos au lit; la faiblesse, la tendance à l'évanouissement disparaissent graduellement, mais une gêne persiste profondément dans l'hypochondre gauche.

Ceci se passait un samedi. Le lendemain notre homme se lève, fait quelques pas dans sa case, peut rester assis, sentant toujours néanmoins son côté endolori. Le lundi il s'enhardit encore, se trouve presque bien, et le mardi enfin cherche à s'occuper. Or, ce jour-là, essayant de soulever quelque chose de lourd, il éprouve à nouveau une douleur vive, violente, déchirante dans le côté gauche, et se trouve soudain fort mal à l'aise. Il est forcé de s'aliter immédiatement, se sentant défaillir. Cette fois l'amélioration est plus lente à se manifester. Pendant trois semaines, il garde le lit.

Nous n'avons pas de détails précis sur cette période de la maladie. G... nous répète qu'il était d'une extrême faiblesse, qu'il respirait avec peine et demeurait dans une immobilité à peu près complète.

Au bout d'un mois environ après l'accident, une tumeur fut perçue au-dessous du rebord costal. Bientôt cette masse prit des proportions considérables, formant une grosse voussure très visible à l'œil nu. L'état général s'altérait de plus en plus, le sujet maigrissait avec rapidité.

Quand G... arriva à Paris, au mois de juillet 1903, cet amaigrissement était fort inquiétant et la tumeur était devenue énorme. Elle occupait la plus grande partie de l'abdomen, formant une très volumineuse saillie globuleuse. Celle-ci prédominait à gauche. Elle s'étendait dans le sens transversal depuis le bord externe du muscle droit du côté droit jusque dans la région lombaire du côté

gauche. En bas, elle descendait à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. En haut, elle se perdait sous le rebord des fausses côtes gauches, repoussant celles-ci en dehors, et rendant asymétrique le pourtour du thorax. La palpation permettait de reconnaître la forme arrondie de la tumeur, sa fixité et enfin sa fluctuation très évidente. Cette exploration n'était aucunement douloureuse.

La percussion montrait une matité complète dans toute l'étendue de cette masse, matité remontant en haut jusqu'à la 6^e côte.

Le malade est privé d'appétit. Les digestions sont pénibles. Il est nerveux, triste et ne dort point. Il n'y a pas ailleurs rien à noter, si ce n'est la présence d'un varicocèle très développé, occupant la bourse gauche; mais ce varicocèle est ancien déjà, l'existence en a été reconnue depuis bien des années et la maladie actuelle n'a apporté aucun changement de ce côté. L'examen des urines a été fait avec soin, mais l'analyse peut être résumée dans cette simple conclusion que l'urine est normale.

D'ailleurs, si nous avons pu un instant soupçonner chez ce sujet une hydronéphrose, puis un kyste du pancréas, il était infiniment plus probable que nous étions en présence d'une affection splénique. Aussi le diagnostic porté fut-il *kyste de la rate*. Que ce kyste fût la conséquence du traumatisme, ou qu'il eut été seulement révélé ou aggravé par lui, je n'osai pas en décider. Mais je connaissais l'existence de kystes post-traumatiques de la rate, et je n'étais pas éloigné d'admettre une telle lésion chez un sujet dont la rate pouvait être altérée déjà, comme il arrive si souvent, dans les pays chauds.

Quoiqu'il en soit, la laparotomie s'imposait. Du 10 août, jour de l'entrée du malade à la Maison Dubois, au 15, jour de l'opération, on put constater encore une notable augmentation du volume de la tumeur.

Le 15 août, je pratiquai une incision verticale sur le bord externe du muscle droit du côté gauche, incision de 10 centimètres, commençant au niveau du rebord costal et répondant à la partie la plus saillante de la tumeur. L'épaississement, l'induration, la teinte ocreuse du péritoine m'indiquèrent bientôt que la collection était très superficielle, que le kyste, si kyste il y avait,

devait être adhérent à la paroi. Poursuivant, j'incisai le péritoine. A peine avais-je traversé le feuillet pariétal de la séreuse que je donnai issue à une très grande quantité de liquide hématique. La poche se vida torrentiellement, cependant que le ventre s'affaissait à vue d'œil. Il s'en écoula plusieurs litres, le seau préparé à cet effet fut rempli. En tenant compte de ce qui s'est répandu sur les compresses, les alèzes et sur le sol, on peut évaluer approximativement à huit ou neuf litres la quantité de liquide contenu dans cette poche. Après l'issue impétueuse de la partie liquide, je retirai de la poche des masses de fibrine, des caillots sanguins en voie de transformation, de la bouillie noirâtre et ocreuse. Il était évident qu'il y avait là un énorme foyer hématique, constitué par des hémorragies successives et répétées.

Le liquide, les caillots, les amas fibrineux rappelaient ce que l'on trouve dans les vieilles hématoécèles. La cavité irrégulière qui les contenait s'enfonçait très loin dans la voûte du diaphragme, les plus longues pinces chargées de compresses y pénétraient. Avions-nous affaire à un kyste ou à une collection enkystée ? J'essayai de disséquer et d'isoler la paroi ; mais je dus bien vite reconnaître l'inutilité de cette tentative. En réalité, la collection semblait limitée par des adhérences, par l'accolement des organes voisins et par un processus de défense du péritoine. Faute de mieux, je laissai donc les choses en l'état, et n'ayant pas d'autre parti à prendre, j'enlevai tout ce que je pus de caillots et de débris fibrineux, et glissai dans la cavité trois drains longs de 15 centimètres et gros comme l'index. En bas le péritoine libre avait été ouvert, pour essayer d'isoler la poche, et l'on voyait contribuant à former celle-ci le côlon et des franges épiploïques. Quelques points de suture furent placés sur cette partie de l'incision. Le reste de la plaie pariétale fut garni de gaze stérilisée placée autour des drains. Au cours de l'intervention, je n'avais pas vu positivement la rate, masquée qu'elle était par des adhérences et des dépôts fibrineux, ni trop cherché à la voir en dissociant ces adhérences saignantes. Cependant je ne pouvais admettre, que la collection que je venais d'évacuer eût d'autre origine que splénique.

L'opération avait été en somme très simple, puisqu'elle se réduisait à l'ouverture d'un foyer directement accessible et à l'établis-

sement d'un drainage. Pourtant l'étendue de la poche, l'état de dépression, de faiblesse et d'anémie, où se trouvait le sujet, m'inspiraient quelques craintes. Cependant les suites furent bonnes. Il y eut, il est vrai, pendant quelques jours, une abondante exsudation séro sanguine. Pendant trois semaines la température oscilla entre 37°,5 et 38°,5. L'opéré demeurait faible, un peu abattu, sans appétit. Il reprit enfin le dessus. La vaste cavité dans laquelle plongeaient les drains se rétrécit peu à peu. Un mois après l'intervention le malade commença à se lever : quelques jours après il put être porté au grand air sous les arbres. Quand je quittai la maison Dubois, G... commençait à engraisser, à prendre bonne mine et la sécrétion de la plaie avait beaucoup diminué.

Dans le courant de décembre, il vint me retrouver à Saint-Louis. Sa plaie était réduite à un trou fistuleux où demeurait un drain. Le stylet s'y enfonçait profondément dans une situation ascendante, pénétrant à 10 ou 12 centimètres. Cette fistule donnait issue à une très faible quantité du pus, mais ne paraissait nullement disposée à se cicatriser. Je fis faire dans ce trajet des injections de teinture d'iode, d'alcool, de formol, d'eau phéniquée. Ayant quitté moi-même Saint-Louis le 1^{er} janvier 1904, je ne voyais le malade qu'à de rares intervalles et toujours dans le même état. Ayant été, pendant les vacances de Pâques, chargé du service de M. Guinard, où se trouvait mon malade, j'entrepris une nouvelle intervention pour essayer d'obtenir la cicatrisation. Auparavant, n'étant pas fixé sur le sort qu'il faudrait faire à la rate, je demandai à M. Milian de pratiquer un examen hématologique. Celui-ci fut très rassurant ; le sang était normal. Je rouvris donc l'abdomen, essayant de circonscrire, de disséquer et d'isoler le trajet du drain. Mais je dus bien vite me convaincre qu'il n'y avait rien à extirper. Le foyer, bien réduit, n'était limité que par des adhérences, et encore peu résistantes. Il formait une cavité aplatie, allongée de haut en bas, comprise entre la face externe de la rate et la face inférieure du diaphragme. Cette fois, je pus examiner la rate dans tous ses détails. Elle était volumineuse, longue de 14 ou 15 centimètres. Sa face interne, ses extrémités et ses bords étaient libres d'adhérences. Le foyer ne répondait pas à toute sa face superficielle, il en couvrait seulement une bande

large de trois travers de doigts et haute de six ou sept. Au centre de cette face superficielle, à la partie moyenne du foyer, se montrait, avec une grande netteté, une cicatrice étoilée, entourée encore d'amas fibrineux teintés de nuances ocreuses ou noirâtres. Plus de doutes, c'était bien là la lésion, que nous avions soupçonnée, affirmée même lors de la première intervention, sans pouvoir la constater *de visu*. Comme il n'y avait pas de poche extirpable, je me bornai à nettoyer de mon mieux les surfaces splénique et phrénique du foyer. La simple action des compresses montées suffit à rompre la plupart des adhérences et la rate redevient ainsi à peu près libre. Je plaçai un drain entre la rate et le diaphragme, et au-dessus une mèche destinée à comprimer une petite surface saignottante de la rate. Cette compression fut insuffisante, car dans la journée et la nuit suivante il y eut un suintement sanguin continu, qui traversa toute l'épaisseur du pansement. Néanmoins, les suites furent très satisfaisantes. La mèche fut retirée, partie le troisième, partie le quatrième jour, le suintement séro-sanguin diminua très rapidement, mais ne cessa point et devint, au bout de quelques temps, séro-purulent. Il persista encore une fistule, qui donnait issue quotidiennement à quelques gouttes de pus, et que les soins les mieux compris n'arrivaient pas à tarir. Cependant la santé générale devenait parfaite, le malade ne souffrait en aucune façon, prenait de l'embonpoint, pouvait aller, venir, vivre d'une vie à peu près normale, mais enfin, il n'était pas guéri. Cet état demeura stationnaire jusqu'en juillet, date où je repris le service de M. Guinard. A ce moment, je constatai que le stylet s'enfonçait à 5 centimètres, que la fistule adhérait au rebord des fausses côtes et qu'elle suppurait très peu. Le trajet paraissait assez simple. Il me sembla qu'en réséquant une partie du rebord costal, je donnerais à la paroi externe la possibilité de s'affaisser, d'arriver au contact de l'interne, que les tissus auraient plus de souplesse et que l'œuvre de la cicatrisation pourrait ainsi s'effectuer. C'est ce que je fis à la fin de juillet. J'incisai parallèlement au rebord des fausses côtes, cette incision formait, avec la cicatrice verticale, première intervention, un angle aigu ouvert en bas. Je réséquai un morceau du rebord cartilagineux du thorax, appartenant aux 9^e et 10^e côtes, curettai avec soin le trajet

le débridai, le mis à nu dans toute son étendue. ce que j'ai pu faire sans ouverture du péritoine. La plaie fut laissée à la réparation secondaire. Celle-ci s'effectua rapidement. La guérison complète et définitive était obtenue dans le courant de septembre.

Au cours d'un récent voyage qu'il fit à la Martinique, M. Mores-tin revit le malade. La guérison s'était maintenue parfaitement.

OBSERVATION XXXIX

Brunswic-le-Bihan (Congrès de Chirurgie, 1904).

Kyste métaclastique de la rate.

Mahomed ben Ramdan, 37 ans, cultivateur, entré à l'hôpital Sadiki le 20 janvier 1904.

Antécédents. Père vivant, mère morte de paludisme. Les antécédents personnels sont toujours, chez les indigènes, assez vagues ; il déclare avoir eu fréquemment des accès de fièvre et souffre du ventre depuis plusieurs mois. à la suite d'un coup. L'abdomen augmentant peu à peu de volume et les douleurs progressant, il entre à l'hôpital.

Etat à l'entrée. Le malade présente à l'hypochondre gauche, empiétant largement sur la région épigastrique, une tumeur du volume d'une tête d'adulte. Tumeur manifestement intra-abdominale. Tumeur fixe qu'on ne peut, par le palper profond, ni pédiculiser, ni mobiliser. Tumeur mate, de consistance inégale, rénitente par place.

L'homme est maigre, chétif et semble profondément touché par le paludisme.

Fonctions digestives médiocres. Submatité et respiration soufflante au sommet droit et en arrière. Sonorité emphysémateuse en avant. Cœur mou.

Urines normales.

Il réclame instamment une intervention.

Opération. 26 janvier 1904.

Incision médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Le péritoine ouvert découvre une tumeur d'un gris violacé, si adhérente aux organes voisins, qu'on n'aperçoit tout d'abord que son pôle antérieur. Ponction : la chemise du trocard laisse échapper environ trois litres d'un liquide verdâtre et louche, qui nous fait penser un instant à l'ouverture d'un foyer kystique de tuberculose péritonéale.

Le liquide évacué en partie, la poche est fendue d'un coup de ciseau, et je retire à la main, à pleine main, des masses fibrineuses, jaunâtres, friables : ce sont des caillots sanguins anciens, analogues à ceux qui tapissent la face interne des vieux anévrysmes.

Je cherche vainement un plan de clivage, et je continue à enlever des poignées de caillots, obligé, pour détacher ceux du fond, d'engager l'avant-bras tout entier dans la poche.

La cavité étant évacuée de son contenu friable, les adhérences sont détachées, sectionnées entre deux pinces, et après un travail assez pénible, le kyste se dégage, montrant une partie plus charnue, résistante, épaisse, qui est du tissu splénique. Il s'agit donc d'un kyste de la rate.

A ce moment, encouragé par quelques splénectomies heureuses, je me décide à tenter l'ablation complète du kyste, les adhérences étant aussi nombreuses que résistantes, la manœuvre est longue. Une dernière pince est placée sur le pédicule splénique et le kyste enlevé dans sa totalité.

Il reste alors une cavité très considérable qui saigne en nappe, en dépit des ligatures ; tamponnement, drainage, sutures.

L'examen du liquide indique : milieu stérile. Nombreux globules rouges déformés, leucocytes.

Le malade, reporté dans son lit, est dans un état assez alarmant. Sérum. Caféine. Pouls très petit. Température, 37°7.

27 janvier. Température, 36°4. Pouls misérable. Mort dans la soirée, à la suite d'une syncope.

OBSERVATION XL

Brunswic-Le Bihan (Congrès de chirurgie, 1904).

Kyste métaclastique de la rate.

Saïd ben Meftah, 30 ans, journalier, sujet nègre, originaire du Soudan. Entré à l'hôpital, 28 juin 1904.

Antécédents. — Il est amené à l'hôpital par un de ses compatriotes pour de violentes douleurs abdominales.

Atteint de variole dans son enfance, il est envoyé en 1895 à Madagascar en qualité de convoyeur ; il est comme ses compagnons gravement atteint de paludisme. Au bout d'un an, il est victime de l'accident suivant : renversé par une charrette dont une roue lui passe sur le corps, au niveau des flancs. il perd connaissance et fait un séjour d'un mois à l'hôpital.

Depuis son retour il est toujours souffrant, tantôt de paludisme, tantôt de douleurs dans le flanc gauche, depuis un an surtout le ventre aurait sensiblement augmenté de volume.

Etat à l'entrée. — L'homme est maigre, d'état général assez médiocre, vomissements fréquents, localement on constate la présence d'une tumeur volumineuse occupant l'hypochondre gauche et la région épigastrique, s'étendant même jusqu'aux fausses côtes droites.

Cette tumeur est immobile, rénitente, mate, de consistance égale, douloureuse à la pression.

Au niveau du tiers moyen de la septième côte, on relève une saillie osseuse, que le malade déclare consécutive à une fracture produite par la roue de la charrette.

Il ne peut se coucher sur le côté gauche et se sent soulagé quand il se couche à droite.

Le diagnostic de kyste de la rate est cette fois posé ; mais, averti par le cas précédent, je renonce à toute tentative de splénectomie.

Opération, 3 juillet 1904. — Incision ombilico-xyphoïdienne, ligne blanche adhérente aux plans sous-jacents. En traînant le bistouri on arrive sur un globe gris violacé fixé aux organes voisins par des adhérences nombreuses et résistantes.

Première ponction au petit pocart. Issue de deux litres de liquide louche, puriforme. Trocart à kyste. Issue de quatre autres litres. En se vidant le kyste se plisse et la couleur violacée d'une bande de tissu splénique apparaît. Incision, la main introduite dans l'intérieur du kyste permet de le reconnaître comme tout à fait semblable au précédent. Je détache les adhérences dans la mesure nécessaire pour facilement marsupialiser la poche; le tissu splénique, très friable, peut cependant être fixé par de larges points en U. Deux très gros drains dans la poche.

L'examen du liquide kystique donne un résultat identique : milieu stérile, hématies et leucocytes.

Les suites de l'intervention sont très satisfaisantes, tous les matins aspiration par les drains, au bout de quelques jours lavage à l'eau iodée.

Le malade se lève le vingtième jour, ayant, entre temps, subi un accès de fièvre paludéenne.

Au 5 août il est en parfait état, sauf un petit orifice drainé par un seul petit tube, il boit, dort, mange et passe son temps dans le jardin.

OBSERVATION XLI

Brunswic-Le Bihan (Congrès de chirurgie, 1904).

Kyste métaclastique de la rate.

Mohamed Tounsi, de Tunis, 30 ans, charretier, entre le 26 janvier 1904.

Il a été pris la veille, à six heures, entre deux charrettes; il en est résulté une violente compression et un choc tels, qu'il est tombé sans connaissance.

Le matin, à la visite, l'état est alarmant, le malade est dans un état demi-comateux, les traits sont tirés, le visage est pâle. Hypothermie. Température, 35°8, pouls filiforme et incomptable. Bref, il présente tous les signes d'une grave hémorrhagie interne.

Le flanc gauche est le siège d'une éraflure et d'une petite plaie contuse au niveau des fausses côtes.

L'abdomen est très sensible à la pression avec défense muscu-

laire dans l'hypochondre gauche, sonore à droite, *il présente une zone de matité dans tout le flanc gauche*, de la 8^e côte à toute la fosse iliaque interne.

A l'auscultation, râles sous-crépitanls à la base droite en arrière.

Le malade n'a pas uriné depuis le choc, la sonde ramène quelques grammes d'urine très sanglants. Crachats rouges.

Le diagnostic semble évident : contusion abdominale avec rupture de la rate, probablement déchirure de la vessie, et sans doute aussi contusion du poumon gauche.

Or, par suite d'une circonstance fortuite, ce malade ne fut pas opéré, ce dont je me consolai, persuadé que j'étais, vu son état misérable, qu'il resterait sur la table au cours de la laparotomie.

Je ne donnerai pas ici le détail de cette intéressante observation, mais, ce qui importe, c'est qu'à notre grande surprise le malade soumis à la diète absolue, aux injections de sérum, à la morphine et à la glace sur le ventre, le malade que nous considérions comme perdu, survécut.

Le 28 janvier, la température remontait, indiquant sans doute une réaction péritonéale, elle atteignait 38° le matin, 39° le soir.

Cet état se maintient, entrecoupé de vomissements jusqu'au 23 février. La température redevient normale : à ce moment l'état général est très satisfaisant et le malade accuse seulement de la douleur à la pression sur la dernière côte gauche.

Il sort enfin le 4 mars, présentant toujours une matité assez forte dans le flanc gauche, surtout en arrière. L'auscultation revêt, à ce niveau, la persistance du râle sous-crépitant.

Je revois le malade en juillet 1904. L'état général est satisfaisant, mais il souffre toujours du côté gauche en avant et en arrière. La percussion dénote une matité au niveau de la région splénique, s'étendant surtout en haut et en arrière.

OBSERVATION XLII

Jordan (32^e Congrès de la Société allem. de chirurgie. Berlin, 1903).

Volumineux kyste sanguin de la rate.

L'auteur pratiqua la splénectomie pour un volumineux kyste

sanguin de la rate avec destruction presque complète du tissu splénique, chez une femme de 46 ans.

Poids de la tumeur : 4 kilogrammes.

La malade s'est complètement rétablie et jouit d'une santé parfaite.

L'auteur estime qu'en pareille occurrence l'extirpation de l'organe est de beaucoup préférable à la simple incision de la poche avec tamponnement et drainage consécutifs, d'autant plus que la quantité de tissu splénique subsistante est généralement minime (d'ap. *Semaine médicale*, 1903).

b) Dans les neuf observations suivantes, *aucun traumatisme n'est signalé* dans les antécédents du malade. Nous avons vu quelles réserves il convient de faire à ce sujet. Faisons toutefois remarquer que, chez la malade de Léonte le kyste hématique apparut à la suite d'un accouchement, et que par leurs professions les malades de Livois et Marciano étaient exposés à des traumatismes internes ou externes, assez souvent répétés

OBSERVATION XLIII

Livois (*Bull. Soc. Anat.*, 1838).

Hypertrophie de la rate. Fièvre intermittente quarte.

Michel (Jean), âgé de 46 ans, terrassier, entra le 15 mai salle Saint-Augustin, à la Charité.

En 1834, cet homme forcé par ses occupations (il était employé à creuser des canaux dans son département) de passer ses journées dans des lieux sombres et humides, situés au-dessous du niveau des eaux, fut pris d'une fièvre intermittente très intense qui, dans le principe, revenait tous les trois jours. Dans l'inter valle des accès, l'apyrexie était complète et le malade reprenait

ses travaux, ce qui nous explique la longue durée de cette fièvre qui fut de trente-trois mois, et l'inefficacité du sulfate de quinine, dont le malade avait fait une énorme consommation. Seulement, dans les derniers six mois, le stade de frisson se montrait presque seul; il y avait à sa suite un peu de chaleur, mais le stade de sueur manquait. La fièvre ne disparut complètement que lorsque Michel eut changé de pays. Dès les premiers accès, il s'était plaint d'une douleur dans le côté gauche, et deux ou trois mois après, il s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans le point douloureux. Il en prévint son médecin, qui reconnut un développement de la rate. Comme le sulfate de quinine était déjà administré contre la fièvre, on ne put qu'en augmenter un peu les doses, ce qui n'empêcha pas la tumeur de se développer, même après que la fièvre eut complètement cessé, et d'arriver au volume énorme qu'elle présente aujourd'hui. Depuis six mois seulement le malade croit qu'elle est restée stationnaire, le ventre est très volumineux, mais le développement est bien plus considérable à gauche qu'à droite, ce qui est dû à une tumeur qui remplit l'hypochondre et le flanc gauches. La percussion rend un son mat dans toute cette étendue, et la pression peu douloureuse rencontre une grande résistance; seulement, quand on arrive près de l'ombilic, à gauche, dans le point le plus saillant du ventre, le malade accuse une douleur plus vive, et on sent à travers les parois abdominales, qui se laissent déprimer plus aisément, une fluctuation profonde mais manifeste. On diagnostique un kyste, sans pouvoir toutefois déterminer ses connexions. Quant à la tumeur de l'hypochondre et du flanc, son siège, joint aux antécédents du malade, ne permit point de douter qu'elle fût due à un développement de la rate. Rien ne faisait présager que nous pussions pousser notre examen plus loin, puisque cet homme, qui était entré à l'hôpital pour se faire guérir d'un ulcère, qu'il portait à la jambe, se trouvait si bien, que déjà il avait demandé deux fois sa sortie, quand tout à coup, le 26 au matin, il se plaignit de coliques violentes : en même temps survinrent des vomissements répétés d'un liquide verdâtre et une diarrhée abondante. La gêne de la respiration, qui était habituelle chez le malade, s'accrut considérablement, et il succomba le lendemain matin, à 3 heures,

dans un état d'angoisse extrême. L'intelligence était restée intacte.

Autopsie, trente-six heures après la mort : la peau de la tête et de la partie supérieure de la poitrine est d'un rouge violacé très foncé.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de sérosité rougeâtre. Ce qui frappe, c'est une tumeur, que son volume et sa position font prendre pour l'estomac ; mais bientôt on reconnaît l'erreur, et on voit que c'est un kyste volumineux, dont on peut se faire une idée en le comparant à un gros œuf d'autruche. Il est fortement distendu par le liquide qu'il renferme, et adhère à la rate, de la face supérieure de laquelle il s'élève. Par son extrémité antérieure, il est en rapport immédiat avec les parois abdominales, et répond à gauche de l'ombilic dans le point où, pendant la vie, il avait été aisé de sentir la fluctuation. Une ponction faite à ce kyste en laisse échapper une sérosité rougeâtre très foncée, et dès lors les parois se laissent déchirer avec la plus grande facilité. Son intérieur, outre le liquide précédent, renfermait une grande quantité d'une matière rosée, filamenteuse, qui avait la plus grande analogie avec la fibrine. La paroi qui sépare le kyste de la rate était plus épaisse et plus résistante que dans le reste de son étendue.

La rate avait un volume énorme, et remplissait le flanc et l'hypochondre gauche, après avoir refoulé en haut le diaphragme et repoussé à droite l'estomac et les autres viscères abdominaux. Son poids, y compris le liquide que renfermait le kyste, était de 7 livres ; son étendue verticale de 13 pouces et son diamètre transverse de 8 pouces et demi. En incisant cet organe, on put s'assurer que son tissu avait conservé sa texture et sa mollesse, et qu'il n'y avait eu que simple hypertrophie.

La cavité péritonéale renfermait une liqueur séreuse rougeâtre dans laquelle nageaient quelques flocons albumineux.

OBSERVATION XLIV

Rousset (In Péan. *Des tumeurs de l'abdomen*, 1880, p. 102^b)

Fillette, 7 ans. Kyste hématique de la rate.

Ouverture par les caustiques.

Mort 2 mois après par péritonite consécutive à une injection d'iode.

OBSERVATION XLV

Quintard (In Péan. *Des tumeurs de l'abdomen*, 1880, p. 102^b)

Femme de 54 ans. Kyste hématique de la rate.

Ouverture par les caustiques. Des symptômes de péritonite apparaissent immédiatement, qui emportent la malade quelques jours après.

OBSERVATION XLVI

Marcano (*Progrès méd.*, 1872).

Kyste hématique de la rate. Traitement par la cautérisation et les lavages répétés. Guérison.

B... Alfred, 31 ans, marchand de meubles, entre le 9 septembre 1872 à la Maison de santé dans le service de Féréol. Malade maigre, pâle, facies cachectique. En 1867, il habitait l'Afrique où il fut pris, au mois de novembre, de fièvres intermittentes assez intenses. En 1869, la fièvre durant encore, la rate devint volumineuse, produisant une gêne locale et des troubles dyspeptiques. La même année, forte attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Au mois d'août 1870, il éprouva de fortes coliques, dyspepsie, nausées après les repas, suivies de vomissements, vives douleurs au moment de la digestion.

Le 18 septembre 1873, il entra à la Pitié pour les mêmes symptômes, qui s'étaient améliorés la première fois, mais qui revinrent alors avec plus d'intensité. Voici ce que l'on constata à cette époque : tumeur de la région épigastrique envahissant l'hypochondre gauche, la région correspondante de l'ombilic, descendant jusqu'à 3 centimètres au-dessus de la crête iliaque. Matité dans toutes ces régions, se continuant avec la matité du foie. La tumeur suit les mouvements respiratoires ; fluctuation profonde ; douleurs spontanées, que la pression n'augmente pas.

Le 21 août, on fit une ponction exploratrice avec un trocart. La canule laissa passer 400 grammes d'un liquide chocolat visqueux contenant beaucoup d'albumine, de globules sanguins des 2 variétés et pas de crochets d'hydatides. Le kyste ne se vida pas complètement. Le 26 août, le malade sortit amélioré de la Pitié.

Quelque temps après, les troubles dyspeptiques augmentèrent, le kyste devint plus volumineux, et B... entra à la Maison de santé le 9 septembre. Le 20 octobre, application de pâte de Canquoin sur la ligne médiane, empiétant un peu sur le côté gauche. Le caustique, occasionnant des douleurs violentes, est enlevé le 23 au matin et remis le soir ; dès lors, plus de douleurs. Le 31 octobre, une escarre épaisse de 3 centimètres est facilement détachée, laissant au-dessous d'elle une surface bourgeonnante du plus bel aspect. M. Féréol enfonce facilement un gros trocart dans la cavité, lequel donne issue à du liquide assez fluide, de teinte noire, non fétide, analogue à du marc de café délayé dans de l'eau. La canule est laissée en place, injection d'alcool. Le 1^{er} novembre, le malade a un frisson et une petite hémorrhagie dans la plaie ; on remplace la canule par une sonde de caoutchouc de même calibre. On fit dans la suite 3 injections par jour avec de l'iode ou du permanganate, de l'eucalyptol ou de l'alcool. L'état général, qui avait un moment périclité, redevint excellent, et la cavité du kyste se rétrécit progressivement. Une sonde introduite dans la fistule pendant les injections se dirigeait à gauche vers la rate, sans pouvoir progresser dans une autre direction.

Au mois de février suivant, il ne restait qu'une fistule insignifiante.

OBSERVATION XLVII

Spencer Wells (*Brit. méd. Journ.*, 1889, II, p. 55).

Kyste séro-sanguin de la rate. Splénectomie. Guérison.

Mme R..., 21 ans. A l'âge de 4 ans, fièvre paludéenne, puis la santé se rétablit. En 1887, appelé en consultation, je trouvai une tumeur ferme, ronde et grosse comme le poing, dans la région de l'ovaire gauche, mais mobile sans communiquer ses mouvements à l'utérus. Utérus normal. La malade pouvant être enceinte, je me décidai à attendre.

Le 4 septembre, la malade étant enceinte de 7 mois, la tumeur, qui a peu à peu augmenté de volume, a été refoulée par l'utérus dans l'hypochondre gauche.

Accouchement normal le 2 novembre. Au bout de 7 jours la tumeur a repris progressivement sa position primitive, mais elle est un peu plus grosse qu'avant la grossesse.

Le 12 février 1888, la tumeur est en avant de l'utérus, s'étend de l'ombilic au pubis, sur une longueur transversale de 25 centimètres ; indolore, ferme et lisse à la pression, bords fermes et arrondis. Diagnostic ; rate déplacée et hypertrophiée. Examen du sang : aucune trace de leucémie.

Le 28 mars, tumeur très augmentée de volume, s'étend de l'appendice xyphoïde au pubis et remplit entièrement l'abdomen en avant ; dure et sensible à la pression. Tiraillements douloureux dans le dos et les cuisses. Insomnie. Anorexie. Pendant 8 jours, état critique, péritonite avec fièvre (38°,4 à 40°), douleurs vives, vomissements fréquents. Au bout de dix jours disparition des troubles et la tumeur diminue des deux tiers.

Le 17 avril, retrait de la tumeur cesse ; quelques points de ramollissements augmentant avec rapidité et confluent. Dyspnée et vomissements. Le 2 mai, aggravation. Ponction retire cinq litres

d'un liquide brun rougeâtre, composé en grande partie de globules rouges ramollis et de leucocytes en grand nombre. Le liquide se reproduit rapidement : on se décide à l'ablation de la rate.

12 mai, pas d'augmentation marquée des globules blancs du sang.

Opération, 13 mai. — Pendant l'opération, la paroi du kyste se rompt et laisse échapper 4 à 5 litres de liquide brun rougeâtre, semblable au liquide retiré par la ponction, mais moins épais. La partie saine est formée par le tissu de la rate hypertrophiée (elle pèse 4 livres). Adhérences nombreuses avec intestins, utérus et, la plupart, séparables, excepté à la partie antérieure où elles sont si tenaces qu'on préfère y laisser une partie de la paroi du kyste, longue de haut en bas de 4 pouces et large transversalement de 2 à 3 pouces. La malade, très épuisée, n'aurait pu supporter l'ablation complète. Ligature à la soie des vaisseaux spléniques. Pas de drainage. Durée de l'opération : 50 minutes.

Malade reste très affaiblie pendant deux jours, puis se remonte progressivement. Température normale et un peu au-dessous. — 19 mai, douleurs. Abdomen un peu gonflé, particulièrement à droite de la plaie ; matité douloureuse à la percussion. Pouls et température normaux. — 20 mai, état aggravé. Liquide jaune, fétide, s'écoule par la plaie. Figure tirée. Pouls rapide. Apyrexie. Drainage de la plaie. — Le 22, amélioration, qui s'accroît progressivement. — 22 juillet, il ne reste plus qu'une petite ulcération. Aucune douleur.

Un an après l'opération, 14 mai 1889, santé restée parfaite. Cicatrice ferme. Pression de l'abdomen indolore.

OBSERVATION XLVIII

Subbotic (Zur Kenntniss der perisplenischen Blutcysten.

Wiener Méd. Presse, n° 36, 1894).

En janvier 1892, à l'hôpital, entre un homme de 30 ans, paludéen, qui ne se rappelle pas avoir subi de traumatisme. À gauche,

sous les fausses côtes, il présente une masse de forme oblongue, se dirigeant à droite, et allant jusqu'à la ligne médiane. Cette tumeur est lisse, fluctuante, facilement délimitable. Son extrémité inférieure se dirige vers l'épine iliaque, antérieure et supérieure.

Diagnostic : Kyste de la région splénique sanguin ou à échinocoques.

Incision. — Le péritoine est intimement lié aux parois de la tumeur, et l'on tombe dans un kyste péricapsulaire dont, il s'écoule 1.500 grammes de sang. Au fond de la cavité, on perçoit l'extrémité de la rate. Le microscope ne révèle rien de particulier dans le liquide. Guérison rapide de la plaie opératoire en deux mois et demi. L'auteur pense que c'est un kyste formé par une hémorrhagie de la capsule et non par une hémorrhagie pulpaire.

OBSERVATION XLIX

Léonte (de Buckarest) (Congrès de chirurgie, 1901).

Deux cas de kystes séro-sanguins.

Ces kystes étaient uniloculaires, d'une capacité de 1.400 à 2.000 grammes, sans que le traumatisme pût être mis en cause. Chez une des malades, le kyste est apparu *après les couches*; chez les deux on trouvait la malaria dans leurs antécédents.

OBSERVATION L

Aug. Pollosson (1) (In *Thèse* Driancourt. Lyon, 1902).

Mme D..., 41 ans, réglée à 15 ans régulièrement, a normale-

(1) Nous n'hésitons pas à classer cette observation parmi les hématoèles péricapsulaires enkystées, bien que l'auteur dise que la nature

ment accouché deux fois. Pas de fausses couches. Aucune maladie antérieure sérieuse. Travaille à la campagne dans une fabrique de pâtes alimentaires.

La malade entre le 10 juin 1902 à la Charité de Lyon pour une volumineuse tumeur kystique, occupant tout le côté gauche de l'abdomen, dont elle s'est aperçue trois mois auparavant. Elle se souvient que pendant l'hiver précédent elle eut un point de côté assez intense dans l'hypochondre et le flanc gauche, lequel dura quelques semaines. Du mois de décembre 1901 au mois de décembre 1902, ses règles furent totalement supprimées.

La tumeur occupe en arrière la fosse lombaire gauche ; en avant, l'hypochondre et le flanc gauches. On la délimite parfaitement par la palpation ; en haut elle se perd sous les fausses côtes ; en dedans elle s'arrête à la ligne médiane et présente à ce niveau un bord mousse sous lequel on enfonce légèrement les doigts ; en bas, elle descend jusque dans la fosse iliaque, mais semble seulement reposer sur cette région, sans présenter aucune connexion avec les organes pelviens. En mettant une main dans la fosse lombaire, et une main sur la portion abdominale de la tumeur, on détermine du ballottement d'une main à l'autre. Au niveau de la tuméfaction, la percussion donne un son mat. Cette matité est séparée de celle du foie par une zone de sonorité. La tumeur est franchement fluctuante, et lorsqu'on la déprime on perçoit nettement un frémissement superficiel.

Les troubles fonctionnels sont minimes ; un peu de pesanteur dans le bassin, provoquée par la station debout prolongée. Pas d'amaigrissement. Etat général bon. Appétit conservé. Température, urine et selles normales.

Laparotomie médiane (26 juin 1902). — Après l'ouverture du

de ce kyste n'a pu être reconnue d'une manière formelle. Cependant la nature hématique du liquide (bouillie noirâtre où nagent des débris spléniques), l'absence de produits parasitaires, et surtout la relation de l'autopsie, tout porte à croire qu'il s'agissait d'une hématocele péri-splénique, bien qu'aucun traumatisme ne soit signalé dans les antécédents. Il est regrettable que les débris membraneux contenus dans le liquide n'aient pu être examinés. Peut-être s'agissait-il de membranes fibrineuses.

péritoine, on aperçoit une tumeur arrivant presque à la ligne médiane, qui semble être la rate hypertrophiée. Sur la face externe se voient des plaques de périspénite. Il y a de légères adhérences. En portant la main sur la face interne vers le hile, on ne sent rien d'anormal. M. Aug. Pollosson pratique une ponction de l'organe avec un gros trocart, et cette ponction donne issue à un liquide d'abord séreux, puis bientôt séro-sanguin. Ce liquide contient en suspension quelques débris membraneux ; il s'en écoule environ un demi-litre.

M. Aug. Pollosson agrandit l'ouverture faite par la ponction et pratique une contre-ouverture dans le flanc gauche, contre-ouverture par laquelle il fait ressortir le drain, qu'il introduit par l'orifice de la première incision. Suture de la rate. Celle-ci saigne peu.

Le soir de l'opération, la température de la malade est normale, 37°.

Suites opératoires. — Le pansement de la malade est renouvelé tous les jours, et tous les jours des lavages au permanganate de potasse sont faits dans l'intérieur de la cavité kystique par l'intermédiaire du gros drain en caoutchouc.

Malgré ces lavages fréquents, la température monte légèrement et, jusqu'au 2 juillet, oscille aux environs de 38°. D'autre part, les pansements sont continuellement souillés par un liquide brunâtre que le drain laisse écouler en assez grande abondance.

Le 3 juillet, au soir, la température atteint brusquement 39°, elle monte encore dans les deux jours qui suivent et le thermomètre marque 39°5.

Le 6 juillet, on enlève alors le drain placé le jour de l'opération et on le remplace par un autre de plus petit calibre ; on fait un grand lavage de la cavité kystique, mais cette cavité se draine mal. Le soir, la température est tombée à 37°7.

Jusqu'au 14 juillet, le thermomètre donne tous les matins 38° moins quelques dixièmes, tandis que tous les soirs il atteint 39°. Dès cette époque la malade commence à répandre autour d'elle une odeur nauséabonde, que les nombreux lavages, faits dans la poche kystique, sont incapables à faire disparaître.

L'état général commence à s'altérer. L'appétit est conservé,

mais il y a amaigrissement et le visage présente une teinte anémique très marquée.

22 juillet. — En faisant le lavage de la poche, on constate l'issue, par le drain, d'une boue brune puis franchement noirâtre, d'odeur infecte. On retire le drain pour le nettoyer et il en résulte une légère hémorrhagie. On veut le remplacer et on ne peut, l'introduisant par un orifice, arriver à le faire ressortir par l'autre. On place alors un drain dans chaque ouverture ; on s'assure que le liquide, poussé dans l'un, ressort par l'autre. Ainsi le drainage est bien assuré. Température aux environs de 38°.

23 juillet. — La même boue brunâtre, d'odeur repoussante, continue à s'écouler par la même contre-ouverture. On introduit alors le doigt dans la cavité kystique et on pénètre dans une poche qui semble périsplénique, à parois irrégulières, bourgeonnantes à la façon d'un néoplasme.

On place un nouveau drain et on fait passer une injection faible de permanganate de potasse. Température le soir, près 39°5.

24 juillet. — Anesthésie. On incise la moitié postérieure du pont séparant l'ouverture abdominale de l'ouverture lombaire. On nettoie la poche et on la marsupialise, puis on la bourre de gaze iodoformée. Le soir le thermomètre marque 39°.

26 juillet. — On refait le pansement de la malade et on enlève les débris de la rate, sphacelés, noirâtres et d'odeur infecte. Injection de permanganate de potasse. Température matin et soir près de 39°5.

28 juillet. — On enlève à la main et aux ciseaux des débris sphacelés de la rate et un peu d'une bouillie putrilagineuse sentant horriblement mauvais.

Par l'ouverture abdominale on passe un drain qui ressort en bas par la contre-ouverture. La poche est bourrée de tampons. Le soir le thermomètre descend à 38°5.

Le 29-30 juillet, de nouveaux débris sont extirpés. Tous les jours les pansements sont traversés par un suintement abondant. L'état général de la malade s'aggrave de plus en plus. Son amaigrissement est considérable ; son teint est devenu terreux. L'appétit a disparu. La malade est en proie à la cachexie la plus prononcée.

La température se maintient à 39° jusqu'au 3 août, jour de la mort.

Autopsie.— Vaste cavité à parois tomenteuses située dans l'hypochondre gauche et nettement isolée du reste de la cavité abdominale. Cette poche renferme une bouillie noirâtre représentant les vestiges de la rate. Dans cette bouillie, on peut cependant déceler la présence d'un bloc de la grosseur du poing offrant encore quelques caractères de tissu splénique.

Le contenu de la poche pèse environ 500 grammes.

OBSERVATION LI

Jaboulay (In *Thèse* Driancourt, 1905).

Kyste sanguin de la rate.

Jean N..., 68 ans, courtier en vins.

Antécédents personnels : Variole à 10 ans.

A l'âge de 52 ans, le malade, jusqu'alors bien portant, sent peu à peu ses forces diminuer. Il continue à vaquer à ses occupations habituelles, mais il se fatigue beaucoup plus vite qu'auparavant. Brusquement, en mai 1897, étant à Saint-Etienne, le malade est pris, à la suite d'un repas, de vomissements abondants et de douleurs abdominales très vives.

On le transporte à l'hôpital de Saint-Etienne, où il reste deux jours. Là, on ne remarque rien d'anormal dans l'abdomen et le malade est traité pour indigestion.

Rentré chez lui à Lyon, guéri de cette sorte d'indigestion, N... reprend ses occupations journalières, mais se sent beaucoup moins actif qu'auparavant. Son appétit est bon, mais ses digestions pénibles ; pas de vomissements, mais des douleurs abdominales et des coliques relativement fréquentes ; le malade remarque que son abdomen est tendu, ballonné.

En octobre de la même année, son état ne s'améliorant pas, il fait venir un médecin, lequel constate, malgré le ballonnement du

ventre, une tuméfaction prédominante dans le côté gauche de l'abdomen, et pense à l'existence d'un kyste, soit du foie, soit de la rate.

Le malade entre alors dans le service de M. le professeur Jaboulay, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et est opéré quinze jours après son entrée ; le diagnostic de kyste de la rate ayant été posé d'une façon définitive. Comme étiologie on ne trouve absolument rien ; pas de traumatisme et, d'autre part, le malade n'a jamais été en contact avec des chiens. Le kyste est incisé en un seul temps ; il en sort un liquide abondant, couleur chocolat ; on draine et on fait un pansement. Dans les jours suivants, la plaie laisse écouler un liquide de plus en plus faible, et un mois après l'intervention, le malade quitte l'hôpital. A ce moment, la plaie abominale n'est pas entièrement fermée, mais la poche kystique est à peu près comblée, et aucun liquide ne vient plus souiller les pansements. Pendant tout son séjour à l'Hôtel-Dieu, N... n'eut jamais de fièvre ; sa température resta normale.

Après sa sortie, le malade revint de temps en temps dans le service de M. Jaboulay pour se faire cautériser et, six mois après l'intervention, la plaie était tout à fait cicatrisée.

VI. — OBSERVATIONS NON CLASSÉES DE KYSTES SPLÉNIQUES

Dans ce groupe sont réunies sept observations de kystes spléniques, apparus ou non à la suite d'un traumatisme, et que nous n'avons pu, faute de caractères suffisants, ranger dans la catégorie des hématomes enkystés.

a) L'observation suivante a jusqu'à ce jour été classée parmi les kystes séreux de la rate. Par certains caractères, elle rappelle les kystes d'origine hématique malgré l'apparence séreuse du liquide et l'absence du traumatisme dans les antécédents.

Cependant l'examen histologique ne dit pas si la surface

interne, *lisse*, de la paroi kystique était recouverte d'un épithélium. Cette observation a un intérêt historique, car elle se rapporte à la première splénectomie pratiquée pour kyste de la rate.

OBSERVATION LII

Péan (In *Thèse Magdelain et Union méd.*, 1867).

Gros kyste uniloculaire intrasplénique. Splénectomie. Guérison.

Adèle C..., 20 ans. Santé satisfaisante jusqu'à l'apparition des premiers symptômes qui se manifestèrent, deux ans avant qu'elle ne vit M. Péan, par une augmentation de volume de la région épigastrique, accompagnée de douleurs vives dans cette partie.

Examen actuel :

Organisme extrêmement débilité ; anémie poussée à un degré avancé ; fonctions digestives profondément troublées : dysménorrhée ; respiration un peu gênée ; pas d'œdème, encore un peu d'embonpoint. La malade, sujette à éprouver des mouvements fébriles et tourmentée par des douleurs névralgiques disséminées, est dans un état d'épuisement déterminé surtout par la souffrance.

Le ventre, dont le développement est très prononcé dans les hypochondres et la région lombaire, est augmenté de volume au niveau de l'hypogastre et présente au milieu de cette région une saillie très considérable. Cette saillie, dont la surface offre quelques grosses bosselures, est, du reste, analogue par sa position, son étendue et sa forme, à celle que détermine l'utérus gravide dans les dernières semaines de la gestation.

La palpation, un peu douloureuse en certains endroits, donne des résultats variables suivant les points : sur la ligne médiane et du côté droit, la fluctuation est très apparente ; au niveau de certaines bosselures, particulièrement du côté gauche, la consistance est plus ferme, solide, et rappelle celle des fibromes.

A la percussion, matité absolue sur toute la surface de la tumeur ; perception du flot très nette dans une grande partie de son étendue ; sonorité évidente sur tout son pourtour, à l'épigastre, à l'hypogastre et surtout dans la région lombaire.

La tumeur semble franchement circonscrite sur toute sa périphérie et en particulier à son contour supérieur. Elle est complètement dépourvue de mobilité.

Le toucher montre intacte la membrane hymen. L'utérus est à l'état normal et semble comme enclavé dans l'épaisseur de la tumeur. Celle-ci l'immobilise et fait sur ses faces antérieure et postérieure une saillie qui déprime les parois vaginales. La pulpe du doigt perçoit très nettement la sensation du flot par la pression et la percussion exercées sur l'hypogastre. La consistance plus solide de la tumeur à gauche et en bas donne à supposer qu'elle s'est développée dans l'ovaire gauche ; et la douleur, que détermine de ce côté le toucher vaginal, fait craindre qu'il n'existe d'assez nombreuses adhérences.

Opération — Incision sur la ligne médiane, de l'ombilic au pubis. Pas de liquide dans la cavité abdominale. Les bords de l'incision écartés, la face antérieure de la tumeur apparaît recouverte de l'épiploon, qui ne peut être éloigné, à cause des adhérences contractées avec la tumeur. Ponction au travers de l'épiploon. Issue de trois litres d'un liquide épais, visqueux, brun jaunâtre. La tumeur ayant diminué de volume, la main de l'opérateur est introduite dans la cavité péritonéale. Les adhérences de l'épiploon avec le bassin et la tumeur sont successivement détruites, sans qu'il y ait d'hémorrhagie susceptible de nécessiter l'application de ligatures. Péan constate alors que la tumeur est absolument indépendante de l'ovaire et des organes contenus dans le bassin. L'incision est agrandie et prolongée sur le côté gauche, jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La partie du kyste constituant la poche évacuée par la ponction peut alors être amenée dans l'angle supérieur de la plaie. Une incision est pratiquée dans la partie la plus amincie de cette poche et permet de l'attirer au dehors, en même temps qu'elle donne issue au liquide qu'elle contenait encore.

Le chirurgien constate alors qu'il est en présence d'un kyste

uniloculaire développé dans l'épaisseur de la rate hypertrophiée. Il lie successivement les différentes branches de l'artère splénique, de manière à circonscrire et à isoler la portion de la rate qui portait le kyste. Une veine volumineuse, qui partageait en arrière la surface de la tumeur, est liée le plus près possible de son embranchement dans la veine splénique. La partie inférieure de la tumeur est réséquée sans hémorrhagie.

La partie supérieure, constituée par le tiers supérieur de la rate, étant dès lors devenu accessible, quelques adhérences intestinales et épiploïques sont détachées sans qu'il se produise d'hémorrhagie sérieuse. Quatre ligatures métalliques sur l'épiploon gastro-splénique. Extirpation des portions restantes de la rate au moyen de la cautérisation au fer rouge, pour plus de précautions, après les avoir étreintes dans un clamp spécial et cousu en vue d'obtenir par l'étranglement des tissus des eschares linéaires. Toilette du péritoine. Fermeture complète de l'incision abdominale. Durée de l'opération : plus de deux heures.

Examen de la tumeur. — La tumeur, examinée immédiatement après l'opération, avait une coloration et une consistance analogues à celles des rates hypertrophiées. La masse enlevée dans le premier temps de l'extraction et constituant l'enveloppe du kyste comprenait environ les deux tiers de la production morbide : elle pesait 1.140 grammes.

Les parois du kyste avaient une épaisseur variable. Sur certains points, elles étaient minces et réduites à une coque fibreuse ; sur d'autres, au contraire, elles avaient deux et même trois travers de doigt d'épaisseur et elles étaient formées par une trame rougeâtre, molle, d'aspect splénique.

Au microscope, on reconnaît : 1° Un grand nombre de globules sanguins non altérés ; 2° Une très grande quantité de glomérules dits de Malpighi, hypertrophiés, au point qu'il était facile de les isoler et de les distinguer à l'aide d'une loupe. Aux endroits où la substance était plus amincie, on voyait ces éléments disparaître progressivement et faire place à une trame plus serrée de tissu fibreux qui constituait seule, par place, la paroi du kyste. Cette paroi elle-même était parcourue à l'extérieur par un grand nombre de vaisseaux sanguins de toutes dimensions.

L'intérieur de la poche était lisse et recouvert, sur certains points, de plaques très dures, formées par des carbonates et des phosphates de chaux et de magnésie.

Le liquide était épais, d'un brun jaunâtre et contenait une proportion très considérable d'albumine, de leucocytes, de cristaux, de cholestérine, de globules sanguins à différents degrés d'altération, et enfin quelques granulations calcaires.

b) Voici trois kystes de la rate, sur lesquels nous possédons des détails anatomiques trop insuffisants pour les classer. Les auteurs, qui ont rapporté ces observations, ont eu presque exclusivement en vue la thérapeutique chirurgicale des kystes de la rate :

OBSERVATION LIII

Finck (*Zeitschrift für Heilkunde Prag.*, 1889, X, 353.

Voir thèse Vanverts, page 186).

Garçon, 14 ans. Pas de malaria, souffre depuis cinq mois dans la région splénique, tumeur épigastrique ayant un accroissement rapide. Splénectomie partielle. Guérison. La description du kyste manque.

OBSERVATION LIV

Bardenheuer (*Deutsche Méd. Woch.*, 1890, p. 801.

Voir thèse Vanverts, page 186).

Femme, 47 ans. Aucun traumatisme signalé. Kyste de la rate pris pour un kyste de l'ovaire. Splénectomie partielle. Guérison.

OBSERVATION LV

V. Garcia (*Cron. Med. Lima*, 1884, I, 253).

Kyste de la rate.

1^o Ponction ;

2^o Incision.

Guérison.

c) Dans l'observation suivante, l'apparition de la tumeur a précédé le traumatisme ; il s'agit vraisemblablement d'une hémorrhagie dans un kyste vrai, consécutive au traumatisme :

OBSERVATION LVI

Péan (*Clin. Chirurg.*, 1879-1880, page 1.142).

Kyste unique séro-sanguin de la rate.

Traumatisme antérieur.

Femme traitée par le docteur Quintard, 28 ans, grande, bien réglée, pas d'enfants, très émaciée. Douleurs violentes et saillie anormale à l'hypochondre gauche depuis six ans, s'étant beaucoup accrue depuis un an.

Actuellement tumeur volumineuse remontant sous l'hypochondre, dépassant la ligne médiane du côté de l'ombilic, remplissant la fosse iliaque gauche et un peu la droite, liquide, fluctuante, homogène. Dyspepsie, alternatives de diarrhée et constipation. Rien du côté des urines.

Diagnostic à la vue et à la percussion : kyste hydatique de la rate ou du rein.

Opération le 20 juillet 1879. Incision exploratrice de 30 centimètres au-dessous des fausses-côtes, mettant à nu la tumeur. Reconnaissance du kyste à parois blanchâtres rosées et de son siège dans la rate. Ponction avec un long trocart donnant issue à quatre litres de liquide séro-sanguin, sans débris d'hydatides. Kyste à parois molles, peu friables, attiré en dehors, excisé en partie. Résistance de la partie postérieure constituée par la rate étalée irrégulièrement à la surface. Nous nous décidons à exciser la portion attirée en dehors et à laisser celle-ci en place en la suturant aux lèvres de la plaie abdominale.

Double tube à demeure en caoutchouc rouge allant dans un vase placé sur les côtés du lit, faisant siphon et servant à faire des injections emmolientes d'abord, substitutives ensuite. Pas de péritonite de voisinage. La suppuration est complètement tarie en quarante-deux jours.

La malade se plaignait d'avoir reçu un coup violent du côté de sa tumeur six mois avant l'opération. Peut-être y avait-il eu, à cette occasion, un épanchement sanguin dans un kyste primitivement hydatique. La malade meurt, l'année suivante, de dysenterie.

d) Dans cette dernière observation, le traumatisme a déterminé une hémorrhagie dans un kyste vrai à paroi tapissée d'épithélium. Il paraît avoir été cause de l'accroissement et non de la production du kyste. Celui-ci était du reste intra-parenchymateux et inclus dans une rate mobile :

OBSERVATION LVII

Augusto Moreschi et Alexandro Ghetti, 1896.

Splénectomie pour kyste séro-sanguin dans une rate mobile. Traumatisme antérieur.

Catarina Fl..., 42 ans, paysanne ; père, mère, frère vivants et sains. A 10 ans, scarlatine très bien guérie, réglée à 15 ans, sans douleur, mariée à 23 ans.

Elle eut huit enfants ; grossesse, accouchements, puerpéralité, allaitement, normaux. Dernier accouchement, 1^{er} mai 1895, gémellaire.

Douze jours après son dernier accouchement, la malade eut de fortes douleurs dans l'hypochondre gauche, douleurs, qui commençaient vers le soir, duraient quatre ou cinq heures et la contraignaient à se mettre au lit. Elle fut soignée avec des cataplasmes sinapisés et, après vingt-cinq jours, les douleurs cessèrent.

Vers la seconde moitié de février 1896, comme elle portait une chaudière très pesante, elle eut comme une sensation de fracas au côté gauche et une douleur vague qui dura une paire de mois.

Vers la seconde moitié de juillet, pendant la moisson, elle reçut, par malheur, un coup de fourche de fer dans le flanc gauche et, peu de jours après, elle s'aperçut d'une petite bosse indolore, qui augmentait tellement de volume, qu'elle lui donna de l'inquiétude et qu'il fallut recourir au médecin. Elle entra à l'hôpital le 23 août.

Dans l'hypochondre gauche, tumeur de 25 centimètres de diamètre, fluctuante, mobile.

Splénectomie totale après libération des adhérences, qui maintenaient la tumeur au côlon descendant.

Poids de la tumeur, 4.315 grammes. Dimensions, 29 centimètres sur 23 centimètres.

Pulpe splénique de coloration normale, mais plus consistante. L'incision du kyste, qui fait corps avec la rate, donne issue à 950 grammes de liquide brun.

Examen microscopique : Rate normale ; les parois du kyste, conjonctives, sont recouvertes par un épithélium.

VII. — TRANSFORMATION FIBRINEUSE DES HÉMATOMES
DE LA RATE

OBSERVATION LVIII

Routier (Cong. de Chirurgie, 1901).

*Hématome de la rate (transformation fibrineuse).
Splénectomie. Guérison.*

En 1896, une jeune femme de 24 ans me fut présentée pour une tumeur du flanc gauche ; cette tumeur était manifestement une rate hypertrophiée, ayant gardé tous ses caractères macroscopiques ; la tumeur dépassait la ligne médiane de deux travers de doigt et arrivait à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La santé générale était bonne ; pas le moindre paludisme ; l'examen du sang, pratiqué en 1895, alors que la tumeur existait déjà, n'avait rien révélé d'anormal ; rien non plus dans l'examen des urines.

Cette jeune femme, qui faisait ses études médicales, donnait sur son état les renseignements les plus nets : quatre ans avant, elle avait commencé à sentir comme une sensation de contusion dans sa région splénique, puis une tumeur avait apparu de la grosseur du poing.

Après quelques mois, la tumeur se développa assez vite pour atteindre, en six mois environ, son développement actuel. puis tout s'arrêta.

Les dimensions de la tumeur n'empêchaient pas, cependant, sa mobilité, et on pouvait faire remonter cette tumeur dans la concavité du diaphragme et presque la cacher sous les fausses côtes ; dès qu'on l'abandonnait à son propre poids, elle reprenait sa situation dans l'abdomen.

Je fis le diagnostic de grosse rate, mais sans qualificatif et conseillai une surveillance attentive de cette tumeur.

Je revis ainsi la malade tous les trois ou quatre mois, constatant toujours un état stationnaire avec toujours un état général parfait.

En 1897, survint une grossesse ; la rate fut progressivement refoulée par l'utérus, qui se développa normalement, l'accouchement se fit à terme, d'une enfant vivante et bien constituée. La mère nourrit son enfant ; la rate n'avait pas bougé.

Mais, en janvier 1900, la tumeur augmenta de volume et assez rapidement ; quand on refoulait la rate par en haut, elle arrivait toujours néanmoins à l'ombilic ; la sensation de gêne et de pesanteur avait naturellement augmenté, si bien que sans préciser la nature de la lésion, je conseillai l'ablation, qui fut acceptée.

Le 15 février 1900, je pratiquai la splénectomie par une incision médiane sus et sous-ombilicale.

La rate, énorme, est cachée par l'épiploon adhérent à la tumeur et au diaphragme ; cet épiploon est parcouru par des vaisseaux énormes, gros comme le pouce, à parois minces, diaphanes ; il semble qu'ils vont crever si on y touche.

Je lie cependant l'épiploon et ramène peu à peu la rate en dehors, mais bien qu'elle parût si mobile, cette manœuvre n'est pas facile et ne peut pas être faite complètement. Je me vois obligé de faire un pédicule sur la rate avec un caoutchouc qui coupe le tissu, mais au moins puis-je ensuite lier le vrai pédicule splénique avec du gros catgut, ce qui me permet d'extirper ce que j'avais laissé de la rate, fragment comparable à une rate saine.

J'ai dû, en outre, porter une forte ligature sur la queue du pancréas, qui saignait fort.

Je pus refaire une suture parfaite de la paroi.

La tumeur pesait 3.500 grammes et paraissait développée au dépend du pôle inférieur de la rate, dont la partie supérieure, celle que j'enlevai au deuxième temps de mon opération, paraissait saine.

La surface péritonéale était lisse, régulière, mais couverte de traînées opalines, épaississements péritonéaux.

A la coupe, on aurait dit une tumeur colloïde. tandis que la partie supérieure paraissait saine.

Envoyée à l'examen de mon ami Durante, celui-ci me répondit : « Le tissu splénique est remplacé par des nappes de fibrine et par des caillots, dont quelques-uns, anciens, commençaient à s'organiser, — par place, kystes hématiques ; — pas la moindre trace de néoplasme. On ne trouve, dans les diverses coupes, que des foyers d'hémorragies : c'est la même lésion à un degré moindre dans le fragment de la rate, qui paraît sain à l'œil nu. »

La malade a parfaitement guéri et se porte parfaitement.

OBSERVATION LIX

Verga (*Gazette Médicale*, 1843).

Tumeur probablement fibrineuse de la rate consécutive à un traumatisme.

Il s'agit d'une femme de 58 ans, qui avait eu neuf enfants. Sa dernière couche, datant de onze ans, avait été heureuse comme les autres. Quatre ans avant sa mort, elle se plaignit pendant quelque temps d'inappétence, de douleurs de ventre, de digestions mauvaises. Un an plus tard, elle reçut dans le flanc gauche un coup de timon de charrette. Relevée et rapportée chez elle, elle conserva pendant quelques jours de la douleur à la région splénique. Puis une légère amélioration se produisit, mais elle fut courte ; bientôt les souffrances augmentèrent. On observa successivement de fortes coliques, de la constipation, des vomissements stercoraux ; puis enfin, la malade succomba. Lorsqu'on eut ouvert l'abdomen, on trouva dans la fosse iliaque gauche une tumeur située entre l'S iliaque du côlon et la colonne vertébrale et recouverte d'une membrane résistante. Son parenchyme fut comparé par les uns à une langue cuite, par les autres à la pulpe d'une pomme pourrie. Sa couleur était lie de vin ; la rate manquait à sa place normale et l'artère splénique, née du tronc cœliaque, se terminait en pointe et était oblitérée vers le milieu de son trajet. La veine du même nom commençait par un cul-de-sac imperforé

et s'abouchait avec les veines des vaisseaux courts Le péritoine était injecté et contenait une sérosité jaune qui attestait l'existence d'une inflammation ancienne.

CONCLUSIONS

I. — Les hémorrhagies, consécutives aux ruptures spléniques, ne s'accompagnent pas toujours d'une véritable inondation péritonéale, bien que cette terminaison soit la plus fréquente et la mieux connue. Dans certaines circonstances, elles aboutissent à la formation d'un épanchement sanguin limité et circonscrit.

II. — De ces hématomes, nous connaissons deux variétés :

1° *L'hématome intra-splénique*, qui apparaît dans les cas d'attrition du parenchyme avec intégrité de la capsule (rupture sous-capsulaire).

2° *L'hématocèle périsplénique*, succédant à la rupture vraie de l'organe (rupture capsulaire), que celle-ci soit primitive ou secondaire. Cette hématocèle se produit lorsque la déchirure glandulaire saigne lentement, ou bien lorsque l'épanchement se fait dans la loge splénique, préalablement fermée par des adhérences anciennes ou récentes.

III. — Les rates, antérieurement altérées par une infection (infection puerpérale, oreillons, diphtérie) ou le paludisme chronique, sont susceptibles de se rompre sous le moindre effort et de donner lieu à des hématomes. Dans tous les

cas, l'action du traumatisme externe ou interne paraît évidente.

IV. — La symptomatologie de ces hématomes est très atténuée. Après quelques douleurs, d'intensité variable, apparaît la tuméfaction, qui traduit l'épanchement sanguin. Celle-ci peut passer inaperçue et le diagnostic est toujours difficile au début.

V. — Les hématomes intraspléniques et pérисpléniques sont l'origine des *accidents secondaires et tardifs*, qui compliquent les ruptures et les contusions de la rate. Leur paroi peut se rompre après plusieurs jours, et cette rupture est la cause des graves hémorrhagies secondaires. Une infection surajoutée donne quelquefois lieu au phlegmon sanguin pérисplénique ou à l'abcès traumatique de la rate. Le plus souvent, grâce à la réaction des tissus environnants, la collection sanguine s'entoure d'une membrane kystique, et apparaît le *kyste métatraumatique* de la rate, qui peut être constaté seulement fort longtemps après le traumatisme, alors que celui-ci est déjà oublié. Dans ce cas, l'origine de la tumeur est méconnue,

VI. — *Les kystes métatraumatiques* ont jusqu'à ce jour été confondus avec les kystes vrais de la rate, et compris avec eux, sous la même dénomination de kystes simples (séreux, sanguins, séro-sanguins). Ils doivent en être distingués par l'absence d'un épithélium, recouvrant la surface interne de la paroi kystique, épithélium dont la présence est toujours constante dans les kystes vrais : La coloration du liquide n'a qu'une valeur secondaire, car si les kystes vrais, séreux, peuvent contenir du sang, le contenu hématique des kystes métatraumatiques subit quelquefois des modifications, qui lui donnent l'apparence

séreuse. Cliniquement les deux variétés sont à peu près impossibles à distinguer.

VII. — Il faut évacuer les hématomes de la région splénique dès que le diagnostic en est établi, et dans tous les cas à l'apparition du premier accident. Quand l'hémotase de la déchirure splénique ne s'est pas opérée spontanément, l'évacuation de la collection sanguine doit être suivie d'une opération hémostatique complémentaire, qui sera la splénectomie, si la déchirure est grande et la rate mobile, la suture suivie du tamponnement dans les autres cas. L'allure longtemps bénigne des hématomes enkystés n'est pas une contre-indication à l'intervention. Celle-ci sera la résection du kyste ou la splénectomie, soit partielle, soit totale, si la tumeur est mobile. Dans les cas de kystes volumineux et très adhérents, l'incision de la poche, avec marsupialisation, est la seule intervention possible.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. LE DENTU.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer:

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- ADJAROFF. — Kystes séro-sanguinolents de la rate. *Méd. Napredak*. Sofia, 1902, t. III, p. 253-256.
- ALLEN. — Suture of the spleen for traumatic hemorrhage. *Ann. Surg. Phil.*, 1905.
- ASTHÖVER. — Relèvement des lambeaux du rebord costal pour opérer dans la coupole diaphragmatique. *Centralblatt*, 14 novembre 1903.
- AUDOUARD et GENDRIN. — *Journal de médecine*, 1827.
- AUVRAY. — Rupture de la rate. Splénectomie. Rapport de Hartmann. *Bulletin de Soc. Chirurgie*, 1901, t. XXVII, p. 222-233.
- Rupture de la rate. *Bull. Soc. anatomique*, 1901, 6^e s. t. III, p. 65.
- Rupture traumatique de la rate ; résection du bord cartilagineux du thorax ; splénectomie ; guérison. Rapport de Demoulin. *Bulletin et Mémoires Soc. Chirurgie*. Paris, 1904.
- BACELLI. — Kystes hématiques de la rate. *Il Policlinico*, 1897, n°6.
- BAILLY. — *Revue de Médecine*, 1825.
- BALLANCE. — On splenectomy for rupture without external wound ; with remarks on the symptoms produced by the removal of the organe. *Practitioner*. London, 1898, t. X, p. 347-358.
- BARDENHEUER. — Résection partielle de la rate pour kyste. *Deutsche Med. Woch.*, 1890, p. 801.
- Splénectomie au 11^e jour ; guérison. *Deutsche Med. Woch.*, 1897, p. 154.

(1) Cette Bibliographie se rapporte d'une façon générale à toutes les contusions de la rate, à leurs accidents primitifs, secondaires et tardifs.

- BARRALLIER. — Contribution à l'étude des ruptures spontanées de la rate. *Arch. gén. de méd.* Paris, 1888, t. II, p. 299.
- BAYER. — Statistique sur splénectomie. (*Münch. med. Wochenschrift*, 19 janv. 1904).
- BEAUMONT. — A case of excision of the spleen for rupture. *Tr. Clin. Soc. Lond.*, 1902.
- BEAUMONT AND HOUSEMAN. — A case of traumatic rupture of the spleen; remouval followed by empyema and recovery. *Lancet*. London, 1902.
- BELL. — Two cases of ruptured spleen; abdominal section; one recovery and one death. *Lancet*. London, 1901.
- BENEKE. — Pathogénie des kystes de la rate. XIII^e Congrès internat. de Médecine. Section d'anatomo-pathologie, 1900. Paris, 1901. Comptes rendus, p. 317-323.
- BIRGER. — Lésions traumatiques de la rate et traitement chirurgical. *Archiv. für Klinische Chirurgie*. t. LXVIII, 1902, p. 3 et 4.
- BESCHER. — Traumatic rupture of the abdominal viscera; report of 23 autopsies in wich such injurie were found. *Metho-dist épiscop Hosp. Rep.* 1887-1897; N.-Y, 1898, t. I, p. 296-328.
- BESNIER. — Dictionnaire encyclop. des sciences médicales, 1874.
- BESSEL-HAGEN. — Ein Beitrag zur Milz chirurgie. *Verhandl d. deutsch. Gesellsch. f. chir.* Berlin, 1900, t. XXIX. *Archiv. für Klin Chir.* Berlin, 1900, t. LXII, p. 188-231.
- BLIN. — Rupture de la rate par traumatisme chez un paludéen. *Annales d'hyg. et méd. coloniale*. Paris, 1902, t. V, p. 682-683.
- BOGDANIK. — Traumatic abscesses of the spleen. *Przeegl-Cik.* Krakom, 1904.
- Traumatisher Milzabszess. *Wien. Klin. therap. Wochenschrift*, 1905.
- BOVER. — Splenectomy, with a report of two cases. Calcutta, 1900.
- BRANDSTETTER. — Des ruptures de la rate. *Thèse*, Paris, 1893.
- BRAUN. — Valeur diagnostique des épanchements dans la cavité abdominale. *Deutsche méd. Wochenschrift*, 21 décembre 1899.

- BRUNSWIC LE BIHAN. — Kystes métaclastiques. Congrès de chirurgie, 1904.
- CARR. — Rupture de la rate ; opér. ; guérison. *Nat. M. Rev. Wash.*, 1898-99, t. VIII, p. 430.
- CARRIÈRE. VANVERTS. — Ligature des vaisseaux spléniques dans l'hypertrophie et l'hémorrhagie de la rate. *Revue gynécol. et chirurgie abd.*, 7 octobre 1899.
- CAZIN. — Congrès chirurgie, 1904.
- CHAUMEL. — *Bull. Soc. Anat.*, 1863.
- CHAVIER. — Kyste hématique de la rate. *Bull. méd. Paris*, 1902, t. XVI, p. 24-25.
- CHIAPPANI. — Abscess de la rate. *Arch. gén. méd.*, 1846, p. 334.
- COHN (Th.). — Ueber subcutane Milzruptur. *München. Méd. Wochenschrift*, 1900, t. XLVII, p. 609-611.
- COHNHEIM. — Tod durch Berstung von Varicen der Milz. *Archiv. für Pathol. Anat.*, etc. Berlin, 1866.
- COLLIN (Eug.). — Des ruptures spontanées de la rate dans les affections paludéennes. *Rec. de Mém. de méd. mil.*, Paris, 1855, 2^e série, t. XV, p. 4-99.
- COLLIN (Léon). — Périsplénite sup. ouv. dans péritoine. *Bull. soc. méd.*, 1864, p. 360.
- CONWAY. — Patho. Society. *Méd. Times and Gaz.*, 31 mars 1866, p. 350.
- COVILLE. — Rupture traumatique de la rate avec hémorrhagie lente. Splénectomie tardive. Guérison. *Gaz. Hop. Paris*, 1902, t. LXXV, p. 101-103.
- CRAIG. — Deux cas rupture de rate. *Méd. News*, 23 avril 1904.
- CRÉDÉ. — Kyste de la rate, splénectomie, guérison. *Berl. Klin. Woch.*, 26 juin 1882.
- Renseignements complémentaires sur le cas précédent. *Verhandl. d. deutsch. Gesel. f. chir.*, 1885, p. 63.
- DALBÈS. — Abscess sous-phréniques. Thèse, Toulouse, 1900.
- DE ALMEIDA. — As indicações da esplenectomia. *Brazol. Med. Rio de Jan.*, 1904.
- DELENS. — Soc. Chir., 1889, p. 305.
- DEMOULIN. — *Bulletin Soc. Chir.*, 1901, p. 759. — *Soc. Chir.*, 9 nov. 1904.

- Rupture traumatique totale de la rate : splénectomie : mort le troisième jour. Observ. in *Thèse Vanverts*.
- DESCOUTS. — *Sem. médicale*, 1890.
- DRIANCOURT. — Procédés opératoires des kystes de la rate. *Thèse*. Lyon, 1902.
- DUGUET et POIRIER. — Kyste de la rate, incision, guérison. Obs. in *Thèse Vanverts*.
- EICHEL. — Hémorrag. traumat. abdomin. sans plaie des téguments. *Münch. med. Wochenschrift*, 8-15 octobre 1901.
- EISENDRATH. — Traumatic rupture of the abdominal viscera without external signo of injurie. *Journal of the Americ Med. Association*, 25 octobre, 1^{er} novembre 1902.
- Traumatic rupture of the spleen. *Ann. of Surgery*, décembre 1902.
- ELIOT. — Rebord costal dans affect. abdomin. et son importance au point de vue du diagnostic. *Med. News*, 23-30 avril 1904.
- FÉVRIER. — Chirurgie de la rate. Rapp. au XIV^e Congrès de Chir., 1901.
- FINK. — Un cas de résection de la rate. *Zeitschrift f. Heilkunde*. Prag., 1889, t. X, p. 353.
- FINNEL. — *Revue Hayem*. t. X, p. 79. Rupture de la rate. Mort au quatrième jour.
- GAHDE. — Ein Präparat von einem Verwundeten, der in Folge einer Schusscontusion der Milz mit nachfolgender Abcessbildung gestorben war. *Deutsche Militärzt Ztschr.* Berlin, 1873. p. 32.
- GANDIANI. — Un cas di splenectomia per rottura della milza. Roma, 1902.
- GARCIA (V.). — Kyste de la rate. *Chronique méd.* Lima, 1884, t. I, p. 253.
- GARRARD. — Apparent ruptur of the spleen ; collapse ; recovery. *Austral. M. J.* Melbourne, 1862, t. VII, p. 193.
- GEHBART. — Un cas de kyste sanguin de la rate. *Münch. med. Wochenschrift*, 10 sept. 1901.
- GENTILHOMME. — Absès de la rate ouvert dans l'intestin. *Ann. d'Hygiène et Médecine coloniale*. Paris, 1902, p. 683-684.
- GHETTI. — Splénectomie pour kyste de la rate mobile. *Gazz. d. Osped. e d. cliniche*, 4 octobre 1896. p. 1257.

- GIBBON. — Case of ruptur of the spleen. *Pediatric N.-Y.*, 1904.
- GIGANTINO. — 39 splénectomies faites en Italie jusqu'en 1893. *Riforma medica*, 1893.
- GIULIANO. — Kyste traumatique de la rate. *Riforma medica*, 21, 22, 23 nov. 1902.
- GRANDI. — Chirurgie conservatrice de la rate. *Nuovo Raccogli-tore med.*, janv.-fév. 1903.
- GRAND-MOURSEL. — Contribution à l'étude des abcès de la rate. *Thèse*, Paris, 1885.
- HAGEN. — Ein Beitrag zur Milzchirurgie. *Archiv. für Klin. Chir.* Berlin, 1900.
- HENRICIUS. — Kyste de la rate et splénectomie. *Archiv. für Klin. Chir.*, 1903, t. LXXII.
- HERSEY. — A case of traumatic rupture of spleen and Kidney ; splenectomy, nephrectomy and recovery. *Providence*, 1903.
- HEUGGELER. — *Correspondenz Blatt für Schweizer Aërzte Basel*, 1896, p. 758.
- HEURTAUX. — Kyste hématiche de la rate. *Bull. Soc. Chir.*, 1898, p. 930.
- HUGHES. — Rupture of Kidney and spleen. *Proc. Path. Soc. Phila.*, 1897-98, N.-Y., p. 181.
- JABOULAY. — Kyste séro-sanguin de la rate. In *Thèse Driancourt*. Lyon, 1902.
- JACQUINELLE. — Abcès traumatique de la rate. *Association Médic. Journal*, 1853.
- JASINSKY. — De la splénectomie. XIII^e Cong. interne de XL.
- JEANNEL. — *Nouveau dict. de médecine et chirurgie pratiques*, t. XXX.
- JONNESCO. — Splénectomie. XIII^e Cong. interne de méd., 1900.
- JORDAN. — Ueber die Subkutane Milzzerreissung und ihre operatione Behandlung. *München med. Wochenschrift*, 1901, t. XLVIII, p. 94-98.
- Indic f. Splenektomie. *Berlin. Klin. Wochensch.* 28 décembre 1903. Congrès de Chir. all., 1903.
- KAREWSKI. — Vorstellung eines Falles von traumatischer milz-nekros. *Deutsche med. Wochensch.* Berlin, 1901.

- KENNA. — Report of a case of splenectomy. *Provid. M. J.*, 1901.
- KRUKOW. — Traitement opératoire des lésions traumatiques de la rate *Thèse*, Saint-Petersbourg, 1901.
- KRABEL. — Splenect. p. rupture. *Deutsche med. Wochenschr.*, 7 sept. 1899.
- LAMBOTTE. — Deux cas de laparotomie pour rupture traumat. de la rate. *Ann. Soc. Méd. Anvers*, 1904.
- LAMPE. — Absès de la rate. *Münchener med. Wochenschr.*, 1895, n° 20, p. 461.
- LANGENBECK. — Nosol und Ther. der Chir. Krank., 1830. S. 554.
- LASPEYRES. — Indikationen und resultate totaler Milz-extirpation. Iéna, 1904.
- LANDE. — *J. de Méd. de Bordeaux*, 1890.
- LE DENTU. — Rupture traumatique de la rate. *Bul. Acad. de Médecine*. Paris, 1898, t. III, 711-713.
- LE DENTU et MOUCHET. — Rupture traum. de rate. Splénectomie suivie de guérison, 16 juin 1903.
- LEBRETON. — Plaies de la rate. *Thèse*, Paris, 18 mai 1904.
- LEJARS (F.). — Accidents secondaires des ruptures de la rate. *Soc. de Chir.*, 6 mars 1901.
- Kyste hématique de la rate. *Cong. de Chir.*, 1901.
- Absès sous-phréniques. *Sem. Médicale*, 26 mars 1902.
- LEGENDRE. — Absès périsplénique consécutif à une fracture de côte. *Soc. Anat.*, 1832.
- LEWERENZ. — Ueber die Chirurgische Behandlung subkutaner Milz-rupturen. *Arch. f. Klin. Chir.* Berlin, 1900, t. LX, p. 951.
- LIONTI. — Hémostase dans les résect. de la rate. *Riforma medica*, 15 avril 1903.
- LIVOIS. — Hypertrophie de la rate. Kyste. *Bull. Soc. Anat.*, 1838.
- LOISON. — Contrib. à l'étude des rupt. traum. de la rate dans les contus. de l'abdomen. *Arch. de Méd. et Ph. milit.* Paris, 1901, t. XXXVIII, p. 46-56.
- MACKENZIE (S.-G.). — Complicated ruptures of the spleen. *Indian. M. Gaz.* Calcutta, 1890.

- MAS. — *Centrb. f. Chir.*, 1889.
- MATHON. — La splénite traumatique. *Thèse*, Paris, 1876.
- MAX MADELENER. — Splenect. pour rupt. sous-cutanée de la rate.
Mun. méd. Wochens. chir., 24 octobre 1899.
- MARCANO. — Kyste hématique de la rate. *Prog. Méd.*, 1874,
p. 262.
- MARWEDEL. — Relèvement du rebord costal pour faciliter les
interventions opératoires dans l'hypochondre et la concavité
du diaphragme. *Centralblatt für Chirurgie*, 29 août 1903.
- MAYOL (K). — Ueber subphrenische abscesse. *Wien.*, 1894.
- MAYER LUDWIG. — Die Wunden der Milz. Leipzig, 1878.
- MAUCLAIRE. — Rupture de la rate par coup de pied de cheval.
Splenect. Guérison. *Bull. Soc. chirurgie*, 1901.
- MEUNIER. — Rap. Soc. Anat., 2^e série, t. VIII, 1863, p. 200.
- MICHAUX. — Voies d'accès sur la rate. Soc. Chir., septembre
1904.
- MICHEL. — Rupture de la rate, splenectomie. *Rev. méd. de
l'Est*. Nancy, 1904.
- MIXTER. — Cases of laceration of the spleen recovery. *An. Surg.
Phil.*, 1901.
- MORESTIN. — Volumineuse hématocele périsplénique, consécutive
à une rupture traumatique de la rate. Assoc. franc. de chir.
Paris, 1904.
- MOTY. — Note sur le traumatisme de la rate. XIV^e Congr. franc.
de chir., Paris, 1901, p. 127-130.
- MONNIER. — Kyste de la rate. *Beitrag zû Klin. chir.*, t. XLI,
p. 1, 1903.
- NARDI. — Kystes de la rate. *Rivista veneta delle sc. méd.*,
31 mai 1905.
- NIMIER. — Contus. de l'abd. par coup de pied de cheval. *Arch. de
méd. et pharm. milit.* Paris, 1898, t. XXXI.
- OMBREDANNE. — Angiome de la rate. Splenect. Guérison. *Bull.
Soc. Anat.* Paris, 1904.
- OTIS. — *Histoire médico-chirurg. de la guerre de Sécession*,
20 p., t. II, p. 15.
- PAGE. — Hémor. second. au cours de rupt. splén. Soc. clin.
trans., 1892.

- PAUCHET. — Rupture traumatique de la rate par coup de pied de cheval. Splenect. *Gaz. Méd. de Picardie*, 1902.
- PÉAN. — Splénotomie. Paris, 1867. — Diagnostic des tumeurs de l'abdomen. Paris, 1880.
- PETIT (A.). — Coup sur la région splénique. Splénomacrosie consécutive. *Gaz. hôp. Paris*, 1852, et *Gaz. méd. de Lyon*, 1851.
- PIORRY. — Contusion de la région de la rate, f. intermittente. *Gaz. hôp. Paris*, 1849.
- PILLIET. — Note sur la transformation des angiomes de rate en kystes hématiques. *C. rendus, soc. de Biol.* Paris, 1892.
- PITTS et BALLANCE. — Splénectomie au 5^e jour. Guérison. *Clinical Society of London*, 1896, t. XXIX, p. 77.
- POTEL. — Rupture de rate par coup de pied de cheval. *Echo méd. du Nord*. Lille, 1898.
- POTEREL-MAISONNEUVE. — Kystes de la rate, séreux et séro-sanguins. *Thèse*, Bordeaux, 1898.
- POWER (D'ARCY). — Rupture de la rate cicatr. London, *Path. soc.*, 4 février 1890.
- QUINTARD. — In Péan, Tum. de l'abd., p. 1025.
- QUÉNU. — Af. chir. de la rate, in Duplay et Reclus.
- RACOVICEANO. — Chir. de rate. *Bul. et mémoires de la Soc. de chirurgie de Bucarest*, octobre 1901.
- RALLIER DU BATY. — Absès sous-phrénique. *Thèse*, Lille, 1902.
- RAMDOHR. — Uber Milzcyستن und ihre Beziehungen zû Rupturen der Milz-Kapsel. *Arch. f. path. anat.* Berlin, 1901, 16 février, t. IV, p. 32.
- RICHELOT. — Rapport sur l'obs. de Coville. Soc. de chirurgie, 4 décembre 1901.
- J. RIDLE-GOFFE. — The difficult. in diagnosis in rupt. of the spleen. *Méd. News*. Philadelphie, 24 décembre 1898, p. 831.
- RIOLO. — Absès de rate. *Riforma méd.*, 14 avril 1902.
- ROUSSET. — In Péan. Tum. de l'abd.
- RIEGNER. — Exstirpation der traumatesch. zerreissenen Milz. Berlin, 1901.
- RIEPLI. — Splénectomie. *Riv. veneta di Scienza medica*, 31 mars 1903.

- ROUTIER. — Hématome de la rate. Congrès de chirurgie, 1901.
- SCHALITE. — Splenect. pour kyste. *Wracht*, 1894, n° 9.
- SCHONWERTH. — Rupture s.-cut. de la rate. *Deutsch. méd. Woch.*, juin 1902.
- SENN. — Traitement chirurg. de l'hémor. traumatique de la rate. *Journal of the Amer. Assoc.*, 21 novembre 1903.
- SIEUR. — Contus. de l'abdomen. *Arch. gén. méd.*, 1895.
- SHEILD. — A case of ruptur. spleen. Splenectomy Recovery. *Lancet*. London, 1902.
- SILBERSTEIN. — Abscès de la rate à la suite de violents éternuements *G. médicale de Paris*, 1879.
- SIRLÉO (LUIGI). — Caverne de la rate ouverte dans l'intestin. *Il Policlinico*, 1896.
- SODO. — Splénectomie. 11^e Congrès de chirurgie. Rome.
- STANKIEWICZ. — Contribut. à la chirurg. de la rate. *Gaz. Lek.* Warszawa, 1902, t. XXII, p. 982.
- SUBBOTIC. — Affect. chirurg. de la rate et leur traitement. *Deutsch. Zeitsch. f. chir.*, t. LIV, 1900.
- TERRIER. — Kyste hématique de la rate. Soc. de chirurgie, 2 nov. 1892 et 6 mars 1901.
- THORNTON (K.). — Kyste séreux. *Lancet*, 1884.
- TRENDELENBOURG. — Splenect. p. rupt. de la rate et laparotomie dans les contusions graves de l'abdomen. *Deutsch. méd. Wochenschr.*, 5-12 octobre 1899.
- VANVERTS. — La splénectomie. *Th.*, Paris, 1897.
- *Gazette des hôpitaux*. Paris, 1898, p. 245.
- Voies d'accès sur la rate, 15 septembre 1903. *Nord Médical*.
- VIGLA. — Recherche sur rupt. spont. de la rate. *Arch. gén. de méd.*, 1843 et 1844.
- VERGA. — *Gazette médicale*, 1843. Tumeur splénique à la suite d'un traumatisme.
- VEDRENNE. — Abscès hématique de la rate ouvert dans le péritoine, observé sur un homme atteint de purpura. *Mém. de méd. et chir. milit.*, 2^e série, 1855.
- VERNEUIL. — Assoc. pour l'avancement des sciences. Marseille, 1895.
- VILLAR. — Chir. de Rate in Le Dentu et Delbet.

- VINCENT (E.). — Réflexions sur le pronostic et le traitement des ruptures de la rate. *Revue de chirurgie*, 1893.
- VITAL. — Kyste de la rate. *Gaz. des hôp.*, 1874.
- WELLS SPENCER. — Splénectomie pour kyste séro-sanguin. *Brit. méd. Journ.*, 1896, t. II, p. 55.
- WARREN. — The surgery of the spleen. *Ann. Surg. Phil.*, 1901.
- WINCKEL. — Kyste splénique. Soc. gyn. de Dresde, 27 mai 1876.